ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Le comité de rédaction des Archives générales de médecine est composé de *MM. Blache, Alph. Cazenave, Chassaignac, De la Berge, Godin, Ollivier (d'Angers), Raige Delorme et Valleix.*

Impr. et Fonderie de F. Locquin et C°, 16, rue N.-D. des Victoires.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES;

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIIe ET NOUVELLE SÉRIE.—TOME IV.

PARIS

BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'Ecole de Médecine, n° 4.
PANCKOUCKE, IMPRIMEUR-LIBRAIRE, RUE DES POITEVINS, N° 14.

1839.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Année 1839.

AVANT-PROPOS.

Il y a un an, nous avons fait connaître aux lecteurs des *Archives* les importantes modifications que nous nous proposions de faire subir à notre recueil; aujourd'hui, nous devons jeter un regard sur le passé pour juger si nos prévisions ne nous ont pas trompés et si nous avons réellement compris les besoins de notre époque.

Nous disions, en exposant notre plan de rédaction pour l'avenir, que notre intention n'était pas d'apporter à notre journal des changements tels qu'ils dussent nous priver des avantages incontestables attachés à l'heureuse distribution des matières établie dès le principe. Nous avons tenu parole, et l'on a vu que tout en conservant la forme primitive, nous avons pu faire subir au fond les améliorations que nous avions projetées. De cette manière, nous n'avons pas rompu avec le passé; nous avons conservé son homogénéité à un recueil qui est regardé, sans contestation, comme un des plus importants que nous possédions en médecine : la dernière série reste, en un mot, unie aux premières par les liens de la plus intime parenté.

Et cependant combien de changements aux yeux du lecteur

attentif! La critique trouvant place au milieu des mémoires originaux et appréciant avec une entière indépendance les ouvrages marquants en médecine; ces mêmes mémoires originaux annotés avec toute la rigueur devenue nécessaire à une époque où les faits et les opinions médicales surabondent; les articles de la revue choisis avec plus de soin et admis avec plus de réserve; l'intérêt des faits qu'ils renferment mis en relief, leurs défauts signalés; la bibliographie rendue plus complète; et enfin, la création d'un bulletin dans lequel tout ce que les événements médicaux du jour ont d'important se trouve reproduit, où toutes les questions agitées, soit dans les corps savants, soit dans la presse, sont traitées avec une impartialité qui a pu déplaire à quelques unes des parties intéressées, mais qui pour cette raison même nous a attiré les suffrages du public. Telles sont les modifications qui ont été faites aux *Archives* dans l'année qui vient de s'écouler, et les adhésions nombreuses et *nouvelles* qui nous sont parvenues nous ont prouvé que ces modifications étaient bien celles qu'il convenait d'introduire dans notre recueil, pour le maintenir au rang qu'il a dès longtemps acquis parmi les organes des saines opinions médicales.

C'est donc à ne point sortir de la voie où nous sommes entrés que tous nos efforts doivent se borner. Aussi n'avons-nous nullement l'intention d'introduire de nouveaux changements dans les *Archives* : perfectionner encore les diverses parties qui les composent, c'est le seul progrès qui nous reste à faire, et ce progrès nous le ferons. Les articles critiques sur les ouvrages importants sont d'une grande utilité, sans doute, mais les résumés complets et raisonnés sur des points de la

science mal éclairés et en litige doivent l'être bien davantage encore. Au fond, ce sont les mêmes articles; mais tandis que les uns se bornent à analyser un ouvrage, à en montrer le fort et le faible, à distinguer ce qui s'y trouve de positif d'avec ce qui n'est qu'incertain et hypothétique, les autres étendent l'examen aux principaux auteurs qui ont écrit sur la matière; ils rapprochent les opinions diverses pour les juger par comparaison; aux faits cités par l'un, ils ajoutent les faits cités par l'autre, et par ce moyen ils établissent l'état de la science qu'il est toujours si nécessaire de bien préciser. Ce sont ces derniers articles que nous nous proposons de multiplier davantage dans la première partie du journal, et qui, si nous ne nous trompons, contribueront puissamment à en augmenter l'intérêt.

Quant à la revue générale, des mesures sont prises pour continuer à en faire un recueil complet de tous les faits de quelque valeur publiés soit en France, soit à l'étranger; et de plus, toutes les fois que la chose sera possible, nous aurons soin de rapprocher le plus grand nombre de faits du même genre que nous trouverons épars dans les autres publications périodiques, de manière à les réunir en faisceau et à présenter au lecteur, comme dans un tableau, des opinions diverses qu'il eût été obligé de chercher péniblement dans les nombreux recueils où elles sont disséminées.

C'est principalement sous le point de vue de la thérapeutique que cette nouvelle manière de grouper les faits nous paraît devoir être heureuse. Car c'est par le rapprochement seul des divers résultats obtenus dans un certain nombre de cas, qu'on peut connaître exactement la manière d'agir d'une

médication quelconque. Ce sera donc un grand avantage pour le praticien, dont nous ne perdons jamais de vue les intérêts, que de pouvoir se faire ainsi, par comparaison, une juste idée de l'action des médicaments qui lui sont si souvent recommandés avec la plus condamnable légèreté.

Nous en avons dit assez pour prouver que nous ne voulons pas être, à l'avenir, plus exclusifs que nous ne l'avons été jusqu'à ce jour; que nous offrirons à nos lecteurs, avec un empressement égal, les bons travaux et les faits importants, de quelque part qu'ils nous viennent, de l'école de Montpellier comme de celle de Paris, de l'étranger comme de la France; mais à la condition de subir préalablement l'épreuve indispensable de la critique.

Nous avons cru devoir ces explications à ceux qui, appréciant les *Archives générales de médecine* à leur juste valeur, et les regardant comme un recueil véritablement scientifique, s'intéressent à leur prospérité. Pour eux, le passé doit leur répondre de l'avenir; et pour nous, assurés, par l'approbation de nos lecteurs, que nous sommes dans la bonne voie, nous continuerons avec confiance ce que nous avons commencé.

MEMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1839.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE LA SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS DU COEUR,

Par J. H. S. BEAU, *chef de clinique à l'hôpital de la Charité.*

J'ai publié, dans les *Archives de Médecine* (décembre 1835), un mémoire où, par suite d'expériences et de faits, j'ai été amené à donner comme la seule admissible une théorie des mouvements et des bruits du cœur à l'état normal, dont voici les principaux traits :

1° La succession des mouvements des cavités du cœur a lieu ainsi : contraction des oreillettes, dilatation des ventricules, contraction des ventricules, dilatation des oreillettes; puis retour de la série, contraction des oreillettes, etc....

2° Le *premier* bruit du cœur, ou bruit *inférieur*, ou bruit *ventriculaire*, est produit dans le moment où l'ondée sanguine, chassée par la contraction de l'oreillette, vient dilater brusquement le ventricule. Il est le résultat du choc de l'ondée contre la paroi du ventricule qui est placée vis à vis l'orifice auriculo-ventriculaire.

3° Le *second* bruit, ou bruit *supérieur*, ou bruit *auricu-*

laire, est produit dans le moment où se fait la dilatation de l'oreillette. Il est le résultat de l'arrivée de la colonne sanguine, qui, débouchant brusquement des troncs veineux, vient choquer contre la paroi antérieure de l'oreillette.

4° Le rhythme des mouvements du cœur se compose de trois *temps* réguliers et égaux. Dans le premier, qui est marqué par le bruit *ventriculaire*, il y a contraction de l'oreillette, dilatation du ventricule, contraction du ventricule. Dans le second, qui est marqué par le bruit *auriculaire*, il y a dilatation de l'oreillette, et abaissement des valvules semi-lunaires qui retiennent dans les artères le sang que viennent d'y envoyer les ventricules. Enfin, dans le troisième *temps*, qui est marqué par un *silence* égal en durée à l'un des deux bruits précédents, la dilatation de l'oreillette continue jusqu'à ce que sa réplétion soit complète.

5° Par conséquent, l'ondée sanguine part de l'oreillette, traverse le ventricule et arrive dans l'artère, dans le tiers du temps affecté à la révolution entière du cœur. Les deux autres tiers sont occupés par la dilatation et la réplétion entière de l'oreillette.

6° Le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique est l'effet de la diastole du ventricule et non pas de sa systole.

Cette théorie, qui liait entre eux les principaux points de la physiologie du cœur, sans incohérence ni contradiction, devait naturellement me mettre sur la trace de quelques faits pathologiques non entrevus jusque alors. Effectivement, partant de cette idée que le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique avait lieu dans le moment de la diastole ventriculaire, et que celle-ci était le résultat purement passif de la systole auriculaire, je me demandai si dans les cas d'affections du cœur avec ébranlement considérable de la cage thoracique par le choc de la pointe du cœur, ce symptôme était bien réellement l'effet de l'hypertrophie du ventricule, ainsi qu'on l'admettait sans coutestation; s'il n'était pas plutôt le résultat de l'hypertrophie des oreillettes qui coïncide assez souvent avec celle des

ventricules. Cette induction fut confirmée par les faits. Je consignai des extraits d'observations tirés de l'ouvrage de M. Bouillaud, par lesquels on voit que sur les seize cas d'hypertrophie des oreillettes jointe à celle des ventricules que contient cet ouvrage, il y a eu constamment choc plus ou moins violent de la pointe du cœur contre le thorax; tandis que dans trois faits d'hypertrophie isolée des ventricules, ce choc n'a pas existé. Enfin, je montrai que le choc du cœur, loin d'être produit par l'hypertrophie des ventricules, était en raison inverse de cette dernière; car plus les ventricules sont hypertrophiés, plus ils sont pesants, plus dès lors l'oreillette a de la peine à les lancer violemment contre la paroi précordiale. Cette manière de voir était appuyée par une observation qui m'est propre, et je pourrais la confirmer aujourd'hui par trois autres observations analogues que j'ai recueillies depuis la publication du mémoire précité. Mais j'aime mieux apporter en preuve les faits relatés par les autres observateurs que les miens propres. J'éviterai par là le reproche que l'on fait si souvent et avec tant de raison aux investigateurs d'étayer leurs opinions particulières par le résultat d'une expérience privée, résultat souvent difficile à vérifier. Or voici, sur le sujet qui nous occupe, le témoignage d'un observateur justement estimé, celui du docteur Corrigan (*Archives*, 1832, décembre, page 546). Dans les différents cas d'hypertrophie qui s'étaient présentés à lui « le cœur était beaucoup aug-
» menté de volume par suite de l'élargissement du ventricule
» gauche, dont la cavité et les parois rappellent par leurs di-
» mensions celles du cœur de bœuf. Les autres parties du cœur,
» quoique développées en même temps d'une manière notable,
» étaient néanmoins très différentes de l'accroissement du ven-
» tricule gauche. Malgré cette hypertrophie considérable,
» l'impulsion du cœur est toujours moindre que dans l'état nor-
» mal. Chez quelques malades, on ne pouvait sentir aucun bat-
» tement. »

Ce fait d'une hypertrophie considérable du ventricule, jointe à une absence de battement, est donné par le docteur Corrigan

comme un résultat ordinaire de son observation. Il ne cherche pas à l'expliquer; mais peut-on s'en rendre compte en continuant à admettre que le choc de la pointe du cœur contre le thorax est l'effet de la systole ventriculaire? Je ne le pense pas. Il me semble, au contraire, que cette opinion généralement admise sur la physiologie du cœur est formellement renversée par la circonstance pathologique que je viens de signaler.

Je vais continuer dans le présent mémoire les applications de ma théorie à la pathologie du cœur, et principalement aux bruits anormaux fournis par cet organe. Je démontrerai, si je ne m'abuse, que les bruits anormaux s'expliquent très bien par cette théorie. Bien plus, l'on verra même qu'elle seule peut les expliquer; et je répondrai par là à l'objection qui lui avait été faite de ne s'accommoder nullement à la pathologie du cœur.

Nous savons que les bruits *normaux* du cœur entraînent avec eux l'idée d'un choc, et que dès lors ils sont instantanés et indivisibles pour la durée. Les bruits *anormaux*, au contraire, sont plus ou moins prolongés, et donnent à l'oreille la sensation d'un frottement. Ces bruits anormaux ont une origine différente; c'est ainsi qu'ils peuvent être produits dans l'intérieur des cavités du cœur, ou bien en dehors de cet organe dans la cavité du péricarde. Je traiterai seulement des premiers ou des bruits anormaux internes.

Les bruits anormaux internes, ou plus brièvement les bruits anormaux, bien qu'ayant un caractère commun qui est la sensation du frottement qu'ils donnent, diffèrent entre eux par certaines formes que l'on a dénommées d'après la ressemblance exacte qu'elles ont avec tel ou tel bruit connu. C'est par suite de ces comparaisons qu'on les distingue du bruit de *soufflet*, de *lime*, *sibilant*, d'*oiseau*, de *râpe*, de *hurlement*, etc.... Quant à la condition générale de production de ces bruits, Laennec et les différents observateurs qui depuis lui ont pris l'auscultation pour objet de leurs recherches ont émis des opinions qui sont appuyées chacune sur un certain nombre de faits pour l'explication desquels elles ont été enfantées; mais aucune d'elles

n'embrasse complétement tous les faits connus de la pathologie du cœur. Serai-je plus heureux dans l'investigation que je vais entreprendre? C'est un point sur lequel chacun pourra facilement prononcer.

Je n'ai pas cru devoir chercher à éclairer la question des bruits anormaux du cœur par des expériences pratiquées sur cet organe. J'étais détourné de cette idée par la difficulté, ou pour mieux dire l'impossibilité qu'il y a d'imiter sur le cœur d'un cadavre les mouvements et le passage de liquide qui s'y font pendant la vie. J'ai regardé comme suffisant et aussi juste de prendre la voie de l'analogie, et de transporter au cœur ce que je savais des bruits anormaux des artères. J'étais d'autant plus disposé à regarder la cause des bruits comme la même pour les deux cas, que 1° le cœur est constitué comme les artères par des cavités cylindroïdes dans lesquelles se meut une quantité donnée de liquide; 2° tous les expérimentateurs qui se sont occupés jusqu'à présent de la question ont confondu dans la même hypothèse les bruits du cœur et ceux des artères. Je me crois donc suffisamment autorisé à donner comme la condition des bruits anormaux du cœur celle que j'ai démontrée (*Archives*, février 1838, page 137) présider à la production des bruits artériels, je veux dire *un défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre des cavités qui lui donnent passage*. Voyons si à l'aide de ce principe on résout toutes les difficultés de la question.

J'ai établi que ce défaut de proportion entre l'ondée et le vaisseau, qui est la condition des bruits artériels, peut tenir à deux circonstances. Il dépend ou d'une augmentation réelle de l'ondée, ou bien d'une diminution du calibre du vaisseau, l'ondée restant à son état naturel. Eh bien, les mêmes circonstances se retrouvent dans le cœur pour donner lieu aux bruits anormaux de cet organe. Ainsi c'est par l'augmentation réelle de l'ondée qu'on expliquera les bruits de la pléthore proprement dite, soit seule, soit unie avec les maladies fébriles ou inflammatoires, ceux de l'aménorrhée, de la chlorose spontanée, de

la chlorose produite artificiellement par les évacuations sanguines, de l'hypochondrie, du scorbut, etc., différentes affections dans lesquelles je crois avoir suffisamment démontré (*Archives*, 1838, février, p. 137, octobre, p. 239) que le sang est en quantité surabondante. C'est enfin par la diminution de calibre des cavités du cœur que s'expliqueront les bruits anormaux de cet organe liés à l'existence des différentes lésions qui entraînent avec elles un rétrécissement des cavités du cœur, telles que les altérations aiguës et chroniques de l'endocarde et des valvules, les concrétions polypeuses, etc.... Aux différentes affections que je viens d'énumérer comme entraînant après elles des bruits anormaux, M. Bouillaud ajoute la dilatation du cœur pure et simple. Mais ce fait, qui se rencontre effectivement quelquefois, n'apporte pas par lui-même une exception au mode de production des bruits anormaux qui vient d'être exposé. Car il arrive souvent que ces dilatations cardiaques sont l'effet d'un obstacle à la circulation placé dans l'aorte ou les poumons, d'où il résulte accumulation de sang dans le cœur, distension répétée, puis véritable dilatation de ses cavités. Si dès lors, dans ces cas-là, il y a des bruits anormaux, ils sont, comme ces dilatations, l'effet simultané de la surabondance de sang qui se rencontre alors dans les cavités du cœur.

Ce défaut de proportion, par suite duquel il y a frottement exagéré et bruit, peut exister dans tous les points des cavités cardiaques où il y a passage rapide de l'ondée sanguine. Mais il doit se rencontrer bien plus souvent aux orifices qu'ailleurs, parce que : 1° les orifices sont naturellement les endroits les plus rétrécis des cavités du cœur ; 2° que leur tissu fibreux, inextensible, ne leur permet guère de prêter pour s'accommoder au volume de l'ondée ; 3° qu'ils sont le plus ordinairement le siége des différentes lésions qui entraînent après elles un rétrécissement dans le calibre des voies cardiaques.

Nous sommes amenés naturellement ici à aborder un point litigieux de l'histoire des bruits anormaux qui est de savoir si tout rétrécissement entraîne avec lui un bruit anormal. Cette

question, comme on le voit, est une de celles que l'on peut résoudre par la numération; et cependant, bien qu'on ait suivi cette voie pour la juger, on est arrivé à des résultats bien différents. Ainsi, M. Bouillaud assure que *sur vingt cas de rétrécissements, il n'y en a pas* 19 *où manque le bruit dont il s'agit* (*Traité des mal. du cœur*, t. 1, p. 175). M. Piorry, au contraire, soutient que les bruits sont loin d'être aussi constants dans les rétrécissements d'orifices que le veut M. Bouillaud. Il s'appuie à ce sujet sur deux notes communiquées par M. Dechambre. Dans la première, on voit que sur 26 cas de rétrécissements, il y avait eu sept fois seulement bruit de souffle; dans la seconde, sur 13 cas de rétrécissements, sept fois des bruits avaient été entendus (*Traité de diagnostic*, t. 1, p. 156). Quelque différents que soient ces résultats numériques de MM. Bouillaud et Piorry, ils ne s'excluent pas l'un l'autre; car remarquons que les faits de M. Bouillaud ont été recueillis sur des adultes, tandis que ceux de M. Piorry proviennent du service des femmes âgées à la Salpêtrière. Or, il faut savoir que l'auscultation du cœur des adultes diffère beaucoup de celle que l'on pratique chez les vieillards; et je crois pouvoir produire à ce sujet l'autorité de MM. Cruveilhier et Prus que j'ai entendus plusieurs fois et séparément témoigner leur étonnement pour la singularité de cette différence.

On doit donc adopter d'une manière générale que les rétrécissements du cœur n'entraînent pas nécessairement avec eux l'existence des bruits anormaux. Si l'on veut se rappeler le mode de production de ces bruits tel qu'il a été exposé plus haut, on concevra la possibilité de ce résultat de l'observation; car on verra que tout rétrécissement ne suppose pas nécessairement le défaut de proportion d'où résultent les bruits. En effet, soit un rétrécissement dont je représente l'étroitesse par 2; si en même temps la masse sanguine a diminué comme 2, la proportion normale subsiste, et il ne doit y avoir ni frottement exagéré ni bruit. Soit un autre rétrécissement, et supposons que la cavité placée derrière lui, au lieu de se vider en une seule fois, comme

cela se fait à l'état normal, lance l'ondée sanguine à travers l'orifice rétréci en deux ou trois portions successives. Dans ce cas, il n'y aura pas non plus défaut de proportion entre l'ondée ainsi divisée et le calibre des voies cardiaques, bien qu'il soit rétréci. Seulement, les bruits *normaux* seront plus nombreux, faibles et irréguliers, ainsi que les pulsations artérielles, par suite des chocs irrégulièrement répétés des fractions de l'ondée contre la paroi ventriculaire, et de leur pénétration également irrégulière dans les voies artérielles. Ces deux hypothèses, auxquelles on pourrait en ajouter d'autres, nous montrent la possibilité d'un rétrécissement sans bruit anormal; parce que le rétrécissement n'a qu'une part d'influence dans la production du bruit; l'autre part vient du rapport dans lequel l'ondée est avec l'orifice rétréci.

Il ne faudrait pas considérer les deux suppositions précédentes comme des idées purement imaginaires; car elles sont l'expression de certains faits qu'il est facile d'observer. La première nous rend compte de ces cas de rétrécissements où l'on voit les bruits disparaître immédiatement après une évacuation sanguine pour revenir et augmenter même au bout d'un certain temps. La seconde nous permet de comprendre d'autres faits de rétrécissements que l'on a négligés jusqu'à présent, et sur lesquels je suis amené à fixer l'attention. Ainsi, les élèves qui suivent la clinique de M. le professeur Fouquier ont pu observer cette année un homme qui présenta à l'autopsie un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche si considérable, qu'il admettait à peine un tuyau de plume; et il n'y avait eu chez cet homme d'autres symptômes que des palpitations violentes, avec une irrégularité extrême des bruits *normaux* et du pouls. Ne peut-on pas dire que chez cet individu l'ondée sanguine, au lieu de passer en masse par l'orifice rétréci, se divisait en plusieurs portions successives pour s'accommoder à l'étroitesse de cet orifice ? L'absence des bruits anormaux, l'irrégularité des bruits normaux et du pouls notée chez ce sujet, rendent cette explication, sinon démontrée, du moins extrêmement probable. Un fait analogue au

précédent, mais présentant en sus une particularité intéressante, a été observé dans la même clinique. C'est celui d'un individu affecté également d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, qui entra à l'hôpital avec des palpitations tumultueuses, une irrégularité des bruits *normaux* et du pouls sans bruits anormaux. Au bout de quelques jours, ce désordre violent des fonctions circulatoires fut arrêté par M. le professeur Fouquier, au moyen de la saignée, de la digitale, etc.... Les palpitations cessèrent, ainsi que l'irrégularité des bruits normaux et du pouls ; mais on entendit pour la première fois un bruit de souffle qui venait régulièrement à chaque premier temps du rhythme du cœur. On voit que dans ce cas l'ondée, passant d'abord à plusieurs reprises, et sans difficulté, à travers le rétrécissement, ne pouvait pas donner lieu à un frottement exagéré ni à un bruit anormal ; il en résultait seulement de l'irrégularité dans les bruits normaux et dans le pouls. Du moment que, par suite de la médication employée, la régularité des mouvements du cœur et du pouls fut revenue, l'ondée sanguine put traverser en masse l'orifice rétréci ; mais son passage se faisant alors avec plus de difficulté que lorsqu'il avait lieu par divisions successives, il est résulté de ce défaut de proportion entre l'ondée et le calibre de l'orifice un bruit anormal qui n'avait pas pu exister auparavant. M. Filhos cite dans sa thèse un fait analogue (Thèse de Paris, 1833, n. 132, p. 25). Il est observé sur une jeune fille, affectée d'une induration des valvules bicuspides. « Il était à remarquer, dit » M. Filhos, que, pendant l'existence des mouvements désor- » donnés du cœur, le bruit de souffle ne se faisait nullement per- » cevoir. »

Les idées développées dans le précédent paragraphe me paraissent confirmées par une loi de coïncidence à peu près générale qui existe dans la symptomatologie des rétrécissements du cœur. Quand ces affections sont accompagnées d'une grande régularité dans le rhythme, les bruits anormaux existent, et ils sont plus ou moins intenses; quand, au contraire, le rhythme est irrégulier, les bruits anormaux sont nuls ou peu

marqués, et l'on ne perçoit guère que les bruits normaux. Je ferai remarquer que le premier groupe de symptômes se rencontre habituellement chez l'adulte, tandis que le second est ordinaire chez les vieillards. C'est un fait général d'observation comparative que je peux donner avec assurance, d'après mes souvenirs de la Salpétrière et les notes recueillies dans les différents services d'adultes auxquels j'ai été attaché. Quant à la raison de cette différence, j'en suis beaucoup moins sûr. Irait-on trop loin en disant que chez le vieillard le cœur participe à la faiblesse générale des autres muscles, malgré l'hypertrophie qui accompagne ordinairement les rétrécissements; et que, dès lors, les cavités cardiaques, étant incapables de faire traverser l'ondée en masse à travers l'orifice rétréci, ont plus de facilité à la lancer par fractions successives (1)?

Le plus ordinairement le passage du sang qui donne lieu aux bruits anormaux a lieu dans le sens naturel, c'est à dire des oreillettes aux artères, et c'est ainsi que nous l'avons considéré jusqu'à présent. Mais d'autres fois le sang suit une marche rétrograde; ce qui arrive lorsque les valvules, devenues, par suite d'altérations diverses, incapables de fermer exactement les orifices, permettent à l'ondée de refluer dans la cavité d'où elle était partie immédiatement auparavant. Ces lésions d'orifices, appelées *insuffisances*, donnent lieu à des bruits anormaux qui dépendent de la même condition que ceux qui ont lieu dans le sens naturel de la circulation. En effet, ces *insuffisances*, quelque complètes qu'elles soient, ne le sont jamais assez pour que l'*hiatus* qu'elles forment en soit plus ou moins entouré d'un rebord saillant, déterminé par les valvules ou les portions de valvules

(1) Le passage de l'ondée par divisions, ainsi démontré par la multiplicité des bruits normaux et des pulsations artérielles, se rencontre dans d'autres affections que le rétrécissement d'orifices. Il peut se faire ainsi, chaque fois que la circulation du cœur est rendue difficile, par une surabondance de la masse sanguine, par une diminution de la puissance contractile du cœur dans les cas de péricardite, d'adhérences du péri-rde, de scorbut, etc...

qui forment encore un reste d'obstacle à la rentrée de l'ondée sanguine. Celle-ci ne peut donc refluer librement par l'orifice *insuffisant*; elle est plus ou moins arrêtée dans ce reflux par les rebords de l'*insuffisance*, qui font pour elle l'office d'un véritable rétrécissement, et qui agissent en conséquence pour la production du bruit anormal. Il n'a pas encore été donné d'observer un cas d'*insuffisance* complète, ou d'absence complète de valvules; le cas échéant, il est très probable que l'on ne percevrait aucun bruit, parce que l'ondée pourrait refluer sans obstacle à travers l'orifice *insuffisant*. Enfin, une chose que tout le monde sait, et qu'il est bon de répéter ici, c'est que le même orifice peut présenter en même temps un *rétrécissement* proprement dit et une *insuffisance*. Cette complication est un double résultat de la même lésion qui a déformé les valvules, et l'on en conçoit très bien la possibilité. Il est inutile d'ajouter que, dans ces cas, des bruits anormaux sont produits au même orifice, soit par le flux, soit par le reflux de l'ondée.

Les différentes variétés de forme et d'intensité des bruits anormaux dépendent très probablement de plusieurs circonstances, parmi lesquelles on doit compter la plus ou moins grande disproportion entre le sang et le vaisseau, la force d'impulsion de l'ondée, la nature de l'obstacle dans les cas de rétrécissement, etc..... Mais il est impossible de dire précisément quelle est la cause particulière de telle ou telle modification. Tout ce qu'on sait de plus positif à cet égard, c'est que le degré le plus léger des bruits est le bruit de *souffle*; le degré le plus fort est celui de *râpe*. Ce dernier accompagne ordinairement les rétrécissements. Il annonce que le passage du sang est extrêmement difficile; aussi coïncide-t-il presque toujours avec un frémissement (bruit cataire) qui, partant du cœur, vient s'irradier jusque dans la paroi précordiale où l'application de la main le fait percevoir. Dans certains cas on peut remarquer manifestement que les bruits anormaux du cœur ne sont pas semblables à l'inspiration et à l'expiration, et cette variation peut porter sur l'intensité et même sur la forme des bruits. La première

fois que je fis cette observation, et que je me fus bien assuré que ces bruits ainsi variables provenaient du cœur et non pas des bronches, je crus avoir affaire à une péricardite, et je compris dès lors pourquoi ces bruits, que je supposais produits par le frottement des deux séreuses du péricarde, variaient suivant la pression plus ou moins grande de la paroi précordiale sur le cœur dans l'acte respiratoire. Mais l'autopsie vint me montrer que ma supposition était fausse, car le cœur ne présentait pas d'autres altérations qu'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Je dus reconnaître dès lors que les bruits anormaux produits dans l'intérieur des cavités cardiaques pouvaient varier selon les différences de pression de la paroi thoracique; et je cessai bientôt de m'étonner de ce fait quand j'eus réfléchi à ce qui se passe dans les bruits artériels, que l'on change presque à volonté, en variant le degré de pression que l'on exerce sur l'artère avec le stéthoscope.

Nous avons vu jusqu'à présent que la condition qui préside à la production des bruits anormaux du cœur est la même que celle des bruits artériels. Entrons plus avant dans leur étude, et cherchons à connaître par le temps du rhythme du cœur où se fait entendre le bruit, quel est le point des cavités cardiaques où il se produit. La voie la plus sûre pour arriver à la solution de cette question était de consulter les différents faits consignés dans les auteurs, pour savoir quels sont les rapports de coïncidence établis par eux entre le bruit de tel temps et telle affection. C'était, en un mot, une recherche de statistique à faire. Or, voici ce que l'on trouve à ce sujet : Le bruit anormal du second temps accompagne uniquement l'*insuffisance* des orifices ventriculo-artériels; le bruit anormal du premier temps se rencontre indifféremment dans les variétés de *polyémie* (pléthore, chlorose, etc.), dans les rétrécissements des orifices ventriculo-artériels, dans les rétrécissements et les insuffisances des orifices auriculo-ventriculaires.

On doit s'apercevoir que ce résultat pur et simple de l'observation ne s'accorde guère avec la théorie du rhythme du

cœur qui a été suivi jusqu'à présent dans l'étude des bruits anormaux. En effet, d'après cette théorie, le premier temps du cœur répondant à la contraction du ventricule et au passage de l'ondée à travers l'orifice ventriculo-artériel, le second temps étant marqué par la dilatation du ventricule et coïncidant avec le passage de l'ondée à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, il devient impossible d'expliquer pourquoi les bruits anormaux des rétrécissements auriculo-ventriculaires ont lieu au premier temps et jamais au second. Je ne cacherai pas que le contraire est professé généralement ; mais il ne faut voir dans cette assertion qu'une supposition imaginaire accommodée à l'hypothèse précédente ; car, je le répète, on ne trouve nulle part une observation concluante de rétrécissement auriculo-ventriculaire avec un bruit anormal au second temps (et pourtant les rétrécissements auriculo-ventriculaires ne sont pas rares), tandis qu'il y a plusieurs faits de semblables rétrécissements accompagnés de bruits au premier temps. (Filhos, *Loco citat.* Briquet. *Archives*, 1836. août, p. 470.)

On voit qu'ici comme en beaucoup d'autres circonstances on s'est laissé influencer par une théorie défectueuse. On a posé en principe ce qu'on pensait devoir être, et non pas ce qui était réellement. C'est ainsi que le docteur Anderson, dans un mémoire (*Archives*, décembre 1837) où il propose un nouveau signe de l'insuffisance aortique, et où il cherche à prouver toute l'incertitude des signes connus de cette affection, ne manque pas de répéter ce que quelques auteurs avaient déjà dit, savoir : que le bruit anormal du second temps, que l'on donne comme un des caractères séméiologiques de l'insuffisance ventriculo-artérielle, annonce également un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais il ne démontre nullement cette proposition, et il lui a été difficile, je crois, de citer des faits à l'appui. Il a donné en preuve une conséquence de la théorie qu'il avait adoptée ; et les lecteurs de ce mémoire qui avaient en tête la même théorie ont accepté comme une vérité de fait ce qui n'était que le résultat d'une déduction théorique.

J'ai déjà dit que quelques auteurs et entre autres MM. Briquet, Filhos, avaient rapporté des faits de rétrécissements auriculo-ventriculaires avec bruit anormal au premier temps. Mais tel est l'empire des opinions fermement arrêtées, que l'on trouvait moyen d'accommoder ces faits à la théorie généralement admise, et de méconnaître par conséquent la véritable influence de ces rétrécissements dans la production des bruits. En effet, comme ces *rétrécissements* sont souvent compliqués d'*insuffisance* auriculo-ventriculaire, on expliquait le bruit uniquement par cette dernière, parce que le mouvement rétrograde du sang, sollicité par l'insuffisance, doit avoir lieu nécessairement lors de la systole ventriculaire, c'est à dire au premier temps. De cette manière, on ne voyait que l'*insuffisance* et l'on négligeait le *rétrécissement*; le reflux du sang était la cause irrécusable du bruit, car le flux dans le sens naturel ayant lieu (à ce qu'on croyait) dans un temps autre que celui où le bruit se faisait entendre, devait être par là même tout à fait étranger à sa production. Et cependant on n'était détourné de cette fausse interprétation ni par la considération que les rétrécissements auriculo-ventriculaires accompagnés ou non d'*insuffisance* n'ont jamais de bruit au second temps, ni par cette autre considération, que les mêmes rétrécissements libres de toute *insuffisance* ont, aussi bien que ceux qui en sont compliqués, un bruit anormal au premier temps. L'on ne voyait pas que, dans les faits précités, le rôle important que l'on attribuait à l'*insuffisance* revenait de droit au *rétrécissement* (1) ; l'on ne

(1) On a admis le passage en retour du sang à travers l'insuffisance auriculo-ventriculaire, par analogie et comme conséquence de celui qui a lieu dans l'insuffisance ventriculo-artérielle. Mais les choses n'ont pas lieu exactement de la même manière dans les deux cas. Lorsqu'il y a insuffisance ventriculo-artérielle, le sang comprimé de toute part, par la réaction élastique des troncs artériels, a beaucoup plus de facilité à rentrer dans le ventricule qu'à se porter du côté des capillaires. Au contraire dans le cas d'insuffisance auriculo-ventriculaire l'ondée sanguine, comprimée par la contraction du ventricule, doit avoir plus de tendance à sortir par l'orifice artériel qu'à rentrer dans l'oreillette par l'ouverture souvent étroite de l'insuffisance auriculo-ventriculaire. On conçoit dès

voyait pas non plus qu'il y avait contradiction évidente entre la théorie physiologique qui fait passer l'ondée par l'orifice auriculo-ventriculaire au second temps, et les faits pathologiques qui nous apprennent que ce passage a lieu au premier temps.

Cette contradiction entre les faits et la théorie, si elle eût été aperçue et signalée, devait suffire à renverser les idées que l'on s'était faites sur la circulation du sang dans les cavités du cœur. Car alors on eût été porté ma gré soi à faire le raisonnement suivant : Puisque le bruit anormal produit par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire a lieu au premier temps, le passage de l'ondée à travers cet orifice se fait au premier temps ; mais, d'un autre côté, c'est également au premier temps que s'effectue le passage de l'ondée à travers l'orifice ventriculo-artériel, donc c'est à ce premier temps que se rencontrent les passages de l'ondée sanguine, soit par l'orifice auriculo-ventriculaire, soit par l'orifice ventriculo-artériel ; donc l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans l'artère au premier temps, et dès lors la contraction de l'oreillette, la dilatation du ventricule, la contraction du ventricule, se succèdent rapidement dans ce *temps*-là. C'est ainsi qu'on arrivait, par l'analyse pathologique, à un résultat qu'il était facile de confirmer directement par les expériences et les vivisections, et qui se trouve consigné dans une des propositions extraites de la théorie que j'ai rappelée en tête de ce mémoire.

On vient de voir que cette théorie rend seule un compte satisfaisant de la présence des bruits anormaux au premier temps,

---

lors que le reflux du sang dans ce dernier cas serait singulièrement favorisé par l'existence simultanée d'un rétrécissement à l'orifice artériel qui, en formant obstacle à la sortie de l'ondée, mettrait celle-ci dans la nécessité de refluer en partie dans l'oreillette. Au reste, si je combats ici l'analogie par suite de laquelle on a admis que les insuffisances auriculo-ventriculaires étaient aussi facilement traversées par le reflux du sang que les insuffisances ventriculo-artérielles, ce n'est nullement dans le but de les écarter comme contraires à ma théorie, puisque le bruit qui en résulterait doit aussi, d'après cette théorie, se rencontrer au premier temps.

quelque différentes qu'en soient les circonstances efficientes. La même théorie va nous montrer maintenant comment au contraire il se fait que les bruits anormaux du second temps ne s'entendent que dans les cas d'insuffisance ventriculo-artérielle. Dans le second temps, avons-nous dit(p.10), *il y a dilatation de l'oreillette et abaissement des valvules semi-lunaires.* Or, sans *insuffisance* de ces valvules on ne peut guère concevoir la possibilité d'un frottement capable de donner naissance aux bruits de ce *temps*-là. En effet, ce frottement exagéré ne peut pas se produire dans la cavité des oreillettes, parce que le sang qui y pénètre en écarte brusquement les parois, et les distend ensuite sans frotter, à proprement parler, contre elles; il ne peut pas avoir lieu davantage aux embouchures veineuses, parce qu'il n'y a là ni valvules indurées, ni rétrécissements possibles, et que d'ailleurs l'analogie nous apprend que la circulation veineuse ne présente jamais ni frottement, ni bruits anormaux. Mais que l'on suppose une insuffisance des valvules semi-lunaires; il se fait alors un frottement à l'hiatus de l'insuffisance, par le passage en retour du sang qui est chassé de l'artère dans le ventricule. Seulement, il faut remarquer que comme l'abaissement des valvules semi-lunaires coïncide dans ce *temps* avec la dilatation auriculaire, il y a coïncidence du bruit anormal de l'insuffisance avec le bruit normal qui résulte du choc du sang contre la paroi de l'oreillette. Le bruit normal est instantané, bref, tandis que le bruit anormal se prolonge plus ou moins, et peut durer autant que le reflux qui le produit, c'est-à-dire jusqu'au retour du premier *temps*.

La théorie nous rend donc raison de cette valeur caractéristique des bruits anormaux au second temps, comme signe de l'insuffisance ventriculo-artérielle, en nous apprenant que dans ce temps il ne peut pas y avoir d'autre frottement capable de produire des bruits que celui qui est déterminé par le reflux du sang de l'artère dans le ventricule. Nous voyons, en outre, que le bruit *normal* et le bruit *anormal* du *second temps* sont produits par deux ondées différentes qui se meuvent au même mo-

ment dans deux cavités différentes; l'une, qui arrive en *choquant* dans l'oreillette ; l'autre, qui rentre en *frottant* dans le ventricule. Dans le *premier temps*, au contraire, c'est la même ondée qui détermine successivement les bruits *normal* et *anormal*, parce que cette ondée, tout en *choquant* contre la paroi ventriculaire dans son trajet de l'oreillette à l'artère, ne peut traverser sans *frottement* exagéré les orifices ventriculaires, dans le cas où il y a défaut de proportion entre elle et ces orifices. Je reviendrai, au reste, sur cette combinaison des bruits normaux et anormaux. Je vais maintenant noter les autres différences que présentent entre eux les bruits anormaux du premier et du *second temps*.

On sait que les formes variées des bruits anormaux ne se rencontrent pas indifféremment aux deux temps du rhythme du cœur. Ainsi, les bruits de *souffle*, de *lime*, de *râpe*, etc., tous les bruits, en un mot, peuvent se présenter au premier temps, tandis que les bruits de souffle sont à peu près les seuls qui se fassent entendre au second temps. J'ai vu, en 1835, à l'hôpital Necker, une femme affectée d'*insuffisance* des valvules aortiques, chez laquelle on percevait un bruit de soufflet très marqué au second temps. On fut obligé de saigner quelquefois cette femme, pour diminuer la dyspnée extrême qui la fatiguait, et chaque fois après la saignée le bruit de *soufflet* se changeait en bruit *sibilant*, pour reprendre ensuite sa forme et son intensité premières. On trouve dans le mémoire cité du docteur Anderson un fait analogue, en ce sens que le sujet de l'observation faisait entendre un bruit sibilant au second temps. Cette différence de forme, que revêtent les bruits selon les *temps*, s'explique très bien si l'on veut réfléchir à la manière toute différente avec laquelle s'exécute le passage du sang qui les produit. En effet, pendant le premier temps, l'ondée sanguine, chassée de l'oreillette dans l'artère par les contractions plus ou moins puissantes des cavités cardiaques, surmonte vivement les obstacles qu'elle rencontre, et il en résulte alors, si les obstacles sont difficiles à franchir, un frottement considérable et des vibrations

qui peuvent donner à l'oreille la sensation d'un bruit de *râpe*, et à la main celle d'un frémissement répandu sur tous les points de la région précordiale. Au second temps, au contraire, l'ondée, chassée plus mollement par la réaction élastique de l'aorte, surmonte avec moins de force et d'instantanéité l'obstacle que lui présente l'*hiatus* de l'insuffisance, et il en résulte des frottements moins marqués et moins rudes que dans le premier cas.

Les bruits anormaux ont-ils un siége différent à la région précordiale, suivant le premier ou le second temps? M. Hope a établi le premier que les bruits de l'insuffisance ventriculo-aortique, c'est-à-dire ceux du second temps, ont toujours leur *summum* d'intensité dans le point de la région précordiale qui est placé vis-à-vis les valvules insuffisantes. M. Anderson attaque (*loco citato*) cette proposition de M. Hope, et il s'appuie particulièrement sur certains faits extraits de la thèse de M. Charcelay (Thèse de Paris, 1836, n. 283), dans lesquels on voit que le bruit produit par l'insuffisance s'était entendu vis-à-vis la direction de l'artère innominée, c'est à dire à droite de la région précordiale. Mais je ferai observer que ces faits ne prouvent rien contre la vérité avancée par M. Hope, attendu que l'observateur qui les rapporte oublie de mentionner la position dans laquelle se trouvait la base du cœur à l'autopsie ; il est probable que même dans ces faits les orifices se trouvaient vis-à-vis l'endroit où les bruits s'étaient fait entendre. On sait, en effet, depuis les travaux de Bertin, que lorsque le volume du cœur a subi un certain accroissement, sa base s'incline plus ou moins à droite, et comme cette inclinaison pouvait se rencontrer dans les observations de M. Charcelay, par suite de l'hypertrophie plus ou moins considérable qui accompagne ordinairement les *insuffisances*, il ne serait pas étonnant que les bruits eussent été entendus dans le sens de cette inclinaison, c'est à dire vis-à-vis le trajet ordinaire de l'artère innominée.

Si les bruits du second temps siégent dans le point de la région précordiale qui est placé vis-à-vis l'orifice d'où ils partent, il n'en est pas de même de ceux du premier temps. Car, quelle que

soit l'origine de ces derniers, qui peut être, comme nous l'avons vu, l'orifice auriculo-ventriculaire, ou l'orifice ventriculo-artériel, ils s'entendent *ordinairement* dans la partie de la région précordiale qui correspond à la partie inférieure du cœur ou sa pointe; et par conséquent le siége de ces bruits à la région précordiale est un peu inférieur à leur siége réel dans les cavités cardiaques (1). Cette différence, qui étonne au premier aperçu, s'explique ensuite quand on réfléchit aux rapports différents du cœur avec la paroi précordiale dans les deux temps de son rhythme. En effet, lorsque le bruit du second temps se fait entendre, le cœur est alors en contact par sa base avec la paroi précordiale, tandis que sa pointe est retirée en arrière; le cœur touche donc la paroi thoracique par le point d'où partent les vibrations, et celles-ci arrivent à l'oreille par la ligne la plus directe. Au contraire, pendant les bruits du premier temps, la base du cœur s'écarte de sa paroi précordiale, tandis que sa pointe seule ou sa partie inférieure touche cette paroi; il n'y a pas contact entre la paroi thoracique et la partie supérieure du cœur d'où partent les vibrations (2): celles-ci n'arrivent donc à la paroi précordiale que dans le point inférieur de cette paroi, et c'est dans ce point de contact que l'oreille perçoit les vibrations dans leur plus grande intensité, bien que leur origine réelle soit un peu plus haut. Ainsi donc, dans les deux cas, l'origine des vibrations sonores se trouve dans la base du cœur; mais leur

(1) Il y a dans ce moment à la clinique de M. Fouquier (salle Sainte-Anne, n° 2) une femme qui ferait exception à cette règle. Elle présente au premier temps du cœur un bruit *de râpe* avec *frémissement cataire*, dont le siége se trouve vis à vis la base présumée du cœur, c'est à dire cinq pouces environ au dessus du soulèvement intercostal produit par le choc de la pointe. Mais ce bruit anormal dépend-il réellement d'un rétrécissement ventriculo-artériel comme on pourrait le supposer au premier abord, et ne serait-il pas plutôt l'effet d'un anévrysme de l'aorte ascendante? C'est une question qui ne peut être tranchée que par l'autopsie.

(2) On sait que les deux orifices ventriculo-artériels et auriculo-ventriculaires se trouvent contenus dans une zone fictive de 8 ou 10 lignes de largeur, qui entoure la base du cœur.

siége, de plus grande intensité à la région précordiale, varie selon les points de contact de cette région avec la base ou la pointe du cœur dans l'un ou l'autre *temps*.

Cette distinction dans le siége des bruits anormaux à la région précordiale suivant les *temps* est le résultat de l'observation à laquelle je me suis livré ; et je la produis avec confiance, bien qu'elle soit opposée à ce que l'on a dit jusqu'à présent, que le siége des bruits à la région précordiale répondait à celui des orifices affectés (1). Elle est surtout tranchée et irrécusable dans ces cas de lésion des valvules semi-lunaires, où il y a en même temps *rétrécissement* et *insuffisance* de l'orifice ventriculo-artériel. Les deux bruits qui résultent de cette double altération des fonctions valvulaires, bien qu'ayant la même origine dans le cœur, ont pourtant un siége différent à la région précordiale. Le premier répond à la pointe du cœur, et le second à sa base. Quelquefois il arrive que ces deux bruits ayant la même forme, et se succédant sans intervalle, il en résulte un bruit prolongé qui paraît unique ; mais alors il est facile de s'assurer que ce bruit prétendu unique a deux *summum* d'intensité, l'un inférieur au premier temps, l'autre supérieur au second temps.

On voit donc, en comparant les bruits anormaux avec les bruits normaux, qu'ils ont un siége commun à la région précordiale, puisque le bruit anormal du premier temps est *inférieur* avec le bruit normal de ce temps-là, et que les bruits anormaux et normaux du second temps sont également *supérieurs*. Mais là s'arrêtent leurs points de ressemblance ; ils sont

(1) On est donc mal fondé à vouloir reconnaître par le siége du bruit à la région précordiale quel est le côté du cœur qui est affecté de rétrécissement, surtout si l'on réfléchit aux variations nombreuses de position du cœur par suite desquelles cet organe peut répondre par sa partie droite à la partie gauche de la paroi précordiale, et *vice versâ*. Si l'on établit souvent cette distinction de côté affecté, c'est en appelant à son aide d'autres signes, et principalement en faisant un calcul de probabilité ; car on sait que les orifices gauches sont bien plus souvent affectés que les droits.

bien moins nombreux que leurs traits différentiels que nous connaissons déjà, et que l'on peut résumer ainsi : 1° Les bruits normaux de chaque *temps* sont le résultat d'un choc, et en donnent la sensation à l'oreille ; les bruits anormaux sont produits par un frottement, ils ont une durée plus longue, et des formes plus variées que les précédents. 2° Les bruits anormaux du premier temps ont leur siége aux orifices auriculo-ventriculaire ou ventriculo-artériel ; les bruits normaux de ce *temps* sont produits sur la paroi ventriculaire qui est opposée à l'orifice auriculo-ventriculaire, par le choc de l'ondée qui y est lancée de l'oreillette. 3° Les bruits anormaux du second temps sont produits à l'orifice ventriculo-artériel ; les bruits normaux de ce second temps ont leur origine sur la paroi auriculaire antérieure, où ils sont déterminés par le choc du sang qui arrive brusquement des troncs veineux dans la cavité de l'oreillette.

Ces différences entre les bruits normaux et les anormaux dans leur siége réel, leur mode de production et leur caractère, prouvent qu'ils ont une existence séparée, et que les bruits anormaux ne sont pas, ainsi qu'on le dit généralement, une altération ou une simple transformation des bruits normaux. Aussi, comme nous l'avons déjà signalé, ces bruits peuvent-ils s'entendre ensemble tant au *premier* qu'au *second* temps. Les combinaisons auxquelles leur rencontre donne lieu sont infinies. En voici les principales variétés : 1° Si leur intensité est égale, on distingue très bien le bruit de choc du bruit de frottement. 2° Si le bruit normal est très faible, il peut être complétement masqué par le bruit anormal qui alors est perçu à peu près seul. 3° D'autres fois, si le bruit anormal est intense, et que le normal ait encore quelque force, ce dernier peut être entièrement masqué par le précédent dans toute la circonscription de la région précordiale où le bruit anormal existe ; mais, hors de cette ligne, on l'entendra parfaitement et isolément. En général, dans l'étude de ces combinaisons, il faut savoir 1° que les bruits normaux retentissent beaucoup plus loin que

les bruits anormaux; car les premiers s'entendent souvent à la partie postérieure du thorax, tandis que les seconds dépassent rarement l'enceinte de la région précordiale. Leur intensité est ordinairement en raison inverse, parce que les rétrécissements qui produisent les bruits anormaux les plus marqués s'accompagnent habituellement d'une hypertrophie qui a pour effet d'assourdir les bruits normaux.

Enfin, il est une autre circonstance dont il importe de tenir compte, soit qu'on envisage les bruits normaux en eux-mêmes, soit qu'on les considère dans leurs rapports avec les bruits anormaux. C'est que les bruits normaux, qui donnent à l'oreille la sensation d'un choc simple, sont pourtant le résultat d'un choc double. En effet, comme les mouvements des deux moitiés gauche et droite du cœur ont lieu simultanément, les bruits de ces deux moitiés ont lieu également à l'unisson, de sorte que des *quatre* bruits qui sont produits dans les *quatre* cavités du cœur on n'en perçoit réellement que deux, un pour la double dilatation des ventricules, un autre pour la double dilatation des oreillettes. Eh bien, il arrive que cet isochronisme parfait se détruit quelquefois. Les bruits se *dédoublent*, pour me servir d'une expression heureuse de M. Littré, c'est à dire que le bruit d'une seule cavité se fait entendre isolément. L'on peut alors percevoir *trois* et même *quatre* bruits normaux à la région précordiale. Mais il ne faut pas confondre ce genre d'anomalie des bruits normaux avec celle qui est produite par le passage successif et rapide des fractions de l'ondée dans les cas de rétrécissements, d'adhérence du péricarde, etc....., et sur laquelle nous avons tant insisté. Dans l'un et dans l'autre cas, on entend plus de deux bruits à la région précordiale; mais, dans le premier, les bruits, bien que *dédoublés*, peuvent se succéder régulièrement et se joindre à des pulsations artérielles régulières; tandis que dans le second cas, les bruits anormaux sont inégaux d'intensité, se succèdent sans ordre, et s'accompagnent d'un pouls irrégulier, petit et inégal. On doit concevoir, je pense, la raison de cette différence

entre ces deux variétés d'anomalie des bruits normaux.

Nous avons vu que les bruits normaux étaient liés aux dilatations cardiaques. Il s'ensuit donc que lorsqu'un bruit normal s'entend isolément, le mouvement de dilatation qui l'accompagne doit se faire aussi isolément ; qu'en un mot le *dédoublement* des bruits doit entraîner le dédoublement des mouvements de dilatation. Cet isolement des dilatations cardiaques est presque impossible à constater pour les oreillettes, qui ne déterminent pour ainsi dire jamais ni choc ni soulèvement à la région précordiale. Mais il n'en est pas de même des ventricules, que l'on peut très souvent suivre dans leurs mouvements, et *tâter*, pour ainsi dire, à travers la paroi thoracique. Or, certains faits de choc et de soulèvement précordiaux ne peuvent guère s'expliquer que par le mouvement isolé des dilatations ventriculaires. Je rappellerai à ce sujet cette anomalie de rhythme que M. Bouillaud nomme *faux-pas* du cœur, et qui est caractérisée par un choc précordial, un bruit normal, et une absence de pulsations artérielles. M. Bouillaud pense que dans ce cas la contraction du ventricule gauche se fait *à vide*, c'est à dire qu'elle ne provoque pas une propulsion suffisante de sang dans les artères. Mais n'est-il pas plus naturel d'admettre qu'alors il y a battement isolé du ventricule droit ? N'explique-t-on pas mieux de cette manière pourquoi il y a en même temps choc et bruit normal à la région précordiale, sans pulsation dans le système aortique ? J'explique encore par cet isolement de mouvement un autre genre d'anomalie que j'ai observé quelquefois, et qui ne se trouve indiqué dans aucun auteur. Le pouls artériel coïncide avec deux chocs à la partie inférieure de la région précordiale, qui se succèdent rapidement, et qui n'ont pas lieu au même point. L'un se fait à droite, l'autre à gauche, séparés par un intervalle de deux pouces environ ; et chacun d'eux s'accompagne d'un bruit normal. Il suffit encore de signaler ce fait pour montrer qu'on ne peut s'en rendre compte qu'en admettant un *dédoublement* des mouvements ventriculaires. Quant à la différence de siége

de ces deux battements successifs, elle confirme d'autant mieux l'explication précédente, qu'elle est pour ainsi dire la conséquence pathologique de certaines expériences que j'ai rapportées dans mon premier mémoire (*loco citato,* p. 412), et qui avaient pour but d'isoler l'une de l'autre les deux circulations gauche et droite du cœur. Si l'on anéantissait l'action du cœur droit, l'oreillette gauche, en dilatant par sa contraction le ventricule correspondant, portait la pointe du cœur à droite ; si au contraire c'était l'oreillette droite qui se contractait seule, la pointe du cœur était inclinée à gauche, et je concluais de là que le mouvement de la pointe en avant, dans l'état normal de simultanéité d'action des deux moitiés du cœur, était marqué par la *résultante* des deux lignes obliques convergentes que suivent l'une et l'autre ondée, dans leur passage de l'oreillette par le ventricule.

Là se termine ce que j'avais à dire sur la symptomatologie du cœur. Je vais maintenant reproduire sous forme de résumé les points les plus importants des questions discutées précédemment.

1° L'hypertrophie des ventricules ne donne pas lieu par elle-même au choc de la région précordiale. Ce choc n'existe à un haut degré que lorsque l'hypertrophie des ventricules s'accompagne d'une hypertrophie des oreillettes.

2° Les bruits anormaux sont produits par le frottement exagéré que le sang exerce contre les parois des cavités cardiaques; ce qui arrive lorsqu'il y a défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre de ces cavités.

3° Le rétrécissement des orifices n'est pas une cause nécessaire de bruits anormaux; parce que diverses circonstances peuvent faire diminuer le volume de l'ondée dans la même proportion que le diamètre de l'orifice rétréci, et que dès lors il n'y a plus frottement exagéré.

4° Lorsque les rétrécissements ne sont pas accompagnés de bruits anormaux, ainsi que cela se présente souvent chez les vieillards, il y a le plus ordinairement irrégularité dans les bruits normaux et dans le pouls.

5° Les bruits anormaux du premier temps sont produits par les différentes espèces de *polyémie*, par les lésions qui entraînent à leur suite une diminution de calibre des orifices auriculo-ventriculaire et ventriculo-artériel. On peut y ajouter les insuffisances auriculo-ventriculaires.

6° Les bruits anormaux du second temps résultent seulement de l'insuffisance ventriculo-artérielle.

7° Le siége du *maximum* d'intensité des bruits anormaux du premier temps se trouve ordinairement dans le point de la région précordiale qui est vis à vis la moitié inférieure du cœur ou sa pointe. Celui des bruits anormaux du second temps est dans le point de la région précordiale qui répond à la base du cœur.

8° Il est impossible de distinguer, par le siége des bruits à la région précordiale, quel est le côté du cœur dont les orifices sont affectés.

9° Les bruits anormaux diffèrent des normaux par leur siége, leur mode de production, leur forme : ils ont dès lors une existence séparée, et peuvent se rencontrer ensemble; mais jamais ils ne se transforment les uns dans les autres.

10° De même que les bruits normaux, les mouvements des cavités cardiaques peuvent se *dédoubler* et se faire isolément (1).

---

(1) M. Beau émet ici, sur certains points du mécanisme des bruits du cœur dans l'état pathologique, une opinion analogue à celle que M. Charcelay a consignée dans son mémoire inséré au précédent numéro des *Archives*. Nous devons déclarcr, pour prévenir toute inculpation contre l'auteur de l'article qui a paru le dernier, que M. Beau, dont plusieurs personnes et nous connaissions le travail terminé depuis quelques mois, nous a remis son manuscrit avant la publication du numéro de décembre dcs *Archives*. Il est, du reste, facile de voir que le nouveau travail de M. Beau est une suite et une conséquence naturelle de ses recherches antérieures sur les bruits du cœur.

(*Note du rédacteur.*)

HISTOIRE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES,

Par le docteur GRISOLLE, *ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc.*

Les fosses iliaques internes sont assez souvent le siége de collections purulentes. Ces abcès, en raison même de leur position et des rapports qu'ils ont avec des viscères importants, donnent lieu à des symptômes particuliers qui en rendent souvent le diagnostic difficile et offrent certaines terminaisons que j'aurai soin d'étudier plus tard. Cette maladie a été, depuis quelques années, l'objet de recherches importantes. Dupuytren, dans ses leçons cliniques, MM. Husson et Dance, dans le répertoire d'anatomie et de physiologie du professeur Breschet, M. Ménière, dans les *Archives* (1827), avaient fixé l'attention des praticiens sur les causes et les symptômes de ces vastes suppurations qui se développent autour du cœcum. Cependant il est facile de se convaincre, par la lecture des ouvrages, que les chirurgiens et les accoucheurs du dernier siècle avaient connu cette maladie; mais ils l'avaient surtout considérée comme étant le plus souvent consécutive aux couches. Delamotte (1), Ledran (2), Levret (3), Bourienne (4), Puzos (5), Deleurye (6) et plusieurs autres, avaient en effet publié sur ce sujet des observations importantes que j'aurai souvent occasion de citer dans le cours de ce travail.

Enfin, en 1837, deux jeunes médecins, MM. Piotay (7) et

(1) *Chir.*, t. I. — (2) *Obs. de chir.*, t. II. Paris, 1731. — (3) *Art des accouchem.*, p. 175. Paris, 1766. — (4) *Journal de médecine*, t. XLIII, année 1775. — (5) *Mém. sur les depôts laiteux*, p. 72. — (6) *Accouchem.*, 2e édit. 1777, p. 509. — (7) Thèse, 1837, n. 462.

Lebatard (1), ont fait de nouvelles recherches sur les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques dans leur thèse inaugurale. J'ai consulté ces divers travaux, j'ai également recherché, dans les recueils périodiques, les observations isolées qui ont été publiées sur ce sujet : tous ces faits, réunis aux douze que j'ai moi-même recueillis, formeront un total de soixante-treize observations avec lesquelles je tâcherai de résoudre tous les problèmes qui se rattachent à l'histoire de la maladie. Mais malheureusement la plupart des faits consignés dans les archives de la science sont incomplets et manquent de détails importants. Voilà pourquoi, dans l'examen de chaque question en particulier, mes résultats seront basés sur des chiffres différents. J'ai été forcé d'en agir ainsi, car il est évident que je n'ai pu employer que des histoires qui étaient complètes sous les points de vue que je voulais analyser en particulier. Je confondrai dans une même description les abcès succédant aux couches et ceux survenant en dehors de l'état puerpéral ; car les symptômes leur sont communs, et ils sont susceptibles des mêmes terminaisons. La seule différence qui parfois les distingue, c'est que, dans quelques cas fort rares, les collections purulentes qui succèdent aux couches semblent occuper primitivement l'un des ligaments larges de l'utérus, dont le tissu cellulaire n'est réellement qu'une dépendance de celui qui remplit les fosses iliaques. Cette différence dans le point de départ de la maladie, en supposant même qu'elle fût plus fréquente qu'elle n'est réellement, ne serait pas tellement importante qu'elle dût nécessiter une description spéciale pour les phlegmons survenant dans le cours de l'état puerpéral.

Causes. — Les causes qui président au développement des abcès iliaques sont très souvent obscures. Les auteurs en ont invoqué un grand nombre ; mais l'examen attentif des faits que la science possède ne confirme pas toujours les assertions qui ont été émises à cet égard.

On est généralement d'accord que les tumeurs phlegmoneuses

(1) Thèse, 1837, n° 397.

sont plus fréquentes dans la fosse iliaque droite que dans la gauche : la différence est même assez grande puisqu'en réunissant toutes les observations connues, on voit que les abcès ont occupé le côté droit cinquante-trois fois et le gauche vingt fois seulement. On a trouvé la raison de cette fréquence plus grande à droite dans la disposition qu'affecte dans ce point le tube digestif, de ce que les matières alimentaires, obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, s'y accumulent en grande quantité. La fréquence et la diversité des lésions organiques du cœcum deviennent quelquefois aussi une cause efficiente de phlegmasie pour le tissu cellulaire ambiant. Enfin, s'il est vrai que l'inflammation de la muqueuse intestinale puisse s'étendre à travers les trois membranes jusqu'au tissu cellulaire des fosses iliaques, cette transmission serait plus facile à droite qu'à gauche, parce que, dans le premier point, l'intestin est dépourvu de mésentère; sa face postérieure, n'étant point protégée par le péritoine, offre, par conséquent, moins de résistance à l'envahissement du travail inflammatoire. Cependant je n'oserais affirmer que la prédilection des abcès pour la fosse iliaque droite dépendît uniquement des circonstances que je viens d'énumérer. Je pense que le lecteur partagera mes doutes à cet égard lorsque, plus tard, j'aurai examiné quelle est l'influence qu'exerce l'inflammation du gros intestin dans la production des phlegmons iliaques.

Lorsque les abcès surviennent dans le cours de l'état puerpéral, quelques médecins ont prétendu qu'on les observait presque toujours à gauche; d'autres, avec Dance, les regardent, au contraire, comme plus communs à droite; et chose remarquable, les uns et les autres expliquent cette fréquence plus grande d'un côté par l'inclinaison que l'utérus présente ordinairement à droite pendant le cours de la grossesse. Si j'analyse les faits sous ce point de vue, je trouve que sur 17 observations d'abcès iliaques survenus après l'accouchement six se sont développés à droite et onze à gauche. Pour expliquer une si notable différence, je n'invoquerai pas, à l'exemple des auteurs, l'inclinaison

habituelle de l'utérus à droite; disposition qui doit, à ce qu'on assure, tirailler le ligament large du côté gauche; car je nie d'abord que dans l'inclinaison latérale le ligament large du côté opposé soit tiraillé. Pour qu'il le fût, en effet, il faudrait que l'utérus éprouvât un déplacement considérable, que ne lui permet pas la résistance des muscles abdominaux. Supposons même que ce tiraillement soit possible; il me semble alors que le phlegmon devrait se déclarer dans les derniers temps de la grossesse et nullement après la délivrance. J'ajouterai enfin que l'inflammation devrait dans tous les cas, ou tout au moins le plus souvent, avoir son point de départ dans le ligament large. Or, c'est ce qui n'a presque jamais lieu, comme je le dirai plus tard. Je pense donc que nous ne connaissons nullement encore la raison qui rend les abcès iliaques puerpéraux plus fréquents à gauche.

Le sexe masculin doit être considéré comme une des causes prédisposantes les plus puissantes. En effet, sur 56 observations d'abcès iliaques survenus hors de l'état puerpéral, on en trouve 46 chez l'homme et 10 seulement chez la femme. Dupuytren, Dance, M. Ménière, ont également constaté que le sexe masculin était une cause efficace pour le développement de la maladie. Il est d'ailleurs impossible d'expliquer cette fréquence plus grande chez l'homme par aucune disposition anatomique spéciale.

Chez la femme, les abcès iliaques se développent surtout pendant l'état puerpéral. Ainsi, sur 27 cas de tumeurs phlegmoneuses, observées chez la femme, 17 se sont déclarées après l'accouchement. Il serait impossible pourtant de dire en quelle proportion ces abcès s'observent chez les nouvelles accouchées. On pourrait même les croire infiniment rares si on se fiait aux statistiques des salles d'accouchements; car sur environ 500 femmes qui, en 1835, sont venues accoucher à l'Hôtel-Dieu, je n'ai observé que deux phlegmons iliaques, et sur près de trois mille femmes qui, l'année suivante, entrèrent à l'hospice de la Maternité, mon ami le docteur Jacquemier n'a constaté qu'un cas

douteux de la même maladie. Cette rareté de l'affection dans les maisons d'accouchement s'explique, lorsqu'on sait que presque toutes les femmes quittent l'hôpital le huitième ou neuvième jour après leur délivrance, et nous verrons, plus tard, que les premiers symptômes du phlegmon ne surviennent quelquefois que 12, 15 jours, trois semaines ou un mois après l'accouchement; et, lorsqu'ils se déclarent plus tôt, ils sont en général si peu intenses qu'ils fixent à peine l'attention des malades et ne les empêchent pas de se livrer pour quelque temps encore à leurs travaux de ménage. On n'a pas observé que les femmes qui avaient eu une grossesse pénible en fussent plus souvent atteintes que celles qui n'avaient éprouvé aucune incommodité pendant toute leur gestation. Les primipares seraient, au rapport de M. Piotay, plus souvent affectées d'engorgement de la fosse iliaque que celles qui ont eu déjà un ou plusieurs enfants. Les faits que je possède confirment cette opinion, puisque sur 9 cas de phlegmon iliaque consécutif aux couches, on en a observé 7 chez des primipares, et 2 seulement chez des femmes qui étaient accouchées pour la seconde fois. On ignore tout à fait l'influence qu'exerce la longueur du travail; il est à présumer cependant qu'un accouchement long et pénible doit prédisposer à la maladie, et c'est peut-être là la raison pour laquelle le phlegmon iliaque est plus fréquent chez les primipares. Les accouchements qui, pour être terminés, nécessitent l'introduction de la main ou des instruments, ne sont pas non plus une cause efficiente bien certaine des phlegmons iliaques; tandis que le phlegmon diffus, les vastes suppurations de la cavité pelvienne, succèdent assez fréquemment aux manœuvres répétées, et surtout aux applications de forceps faites peu méthodiquement. Le docteur Kyll (1) attribue plusieurs des abcès consécutifs aux couches, à la déchirure, au tiraillement du psoas produit par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition. Le médecin allemand ne cite aucun fait concluant en faveur de sa doctrine.

(1) *Rust. magazin*, t. XLI, part. 2, p. 311, trad. dans les *Archives*, t. VI, 2e série, p. 98.

D'ailleurs, si l'étiologie qu'il indique était réelle, on verrait les symptômes du phlegmon se déclarer immédiatement après la délivrance; or, c'est ce qui n'a pas lieu communément.

Les phlegmons iliaques ne s'observent pas également à tous les âges de la vie. Dance et M. Ménière ont vu que sur 16 malades 11 avaient moins de 30 ans. Voici d'ailleurs comment ont été réparties les 51 observations d'abcès iliaques non puerpéraux dans lesquels on a tenu compte de l'âge des sujets :

De 11 à 20 ans.	7
De 20 à 30.	27
De 30 à 40.	12
De 40 à 60.	5

Il résulte de ce tableau que la période de 20 à 30 ans est celle qui prédispose le plus aux phlegmons iliaques. La maladie s'observe aussi plus souvent chez les sujets bien constitués que chez les individus débiles et maladifs, puisque sur un total de 34 malades, il y en a 23 dont la constitution était robuste, tandis que 11 seulement avaient une santé délicate, ou étaient atteints de quelque maladie organique, et spécialement de tubercules pulmonaires. La saison est sans influence sur le développement et la fréquence plus ou moins grande des abcès iliaques, car, d'après mes relevés, ils se seraient montrés en nombre égal pendant l'été et l'hiver. On a accusé certaines professions de prédisposer à la maladie. C'est ainsi que M. Ménière signale les peintres en bâtiments, les broyeurs de couleurs, ceux qui respirent certaines poussières métalliques, comme étant plus sujets que d'autres aux tumeurs phlegmoneuses. Je ne puis, à ce sujet, partager l'opinion du médecin distingué que je viens de citer; car, en faisant le relevé des faits que je puis analyser, je ne trouve que 2 individus appartenant aux professions de peintres ou de broyeurs; les autres malades exerçaient des états bien différents, en sorte que je suis autorisé à conclure qu'aucune profession ne prédispose au développement des phlegmons iliaques. Jusqu'à présent il est impossible de déterminer la part qu'a l'alimentation dans la production de la maladie. Mais une

importante question se présente actuellement : il s'agit de déterminer l'influence que peuvent exercer, sur le développement du phlegmon, les affections du tube digestif. On pense généralement que les abcès des fosses iliaques, et spécialement à droite, sont consécutifs à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse iléo-cœcale. Cette opinion, émise par Dance, défendue avec talent par M. Ménière, a été adoptée depuis par MM. Lebatard (1) et Téallier (2). Ces médecins ont, en effet, regardé l'inflammation des muqueuses comme se propageant avec facilité aux couches celluleuses environnantes. Cette transmission me semble, au contraire, excessivement rare, et la science possède fort peu d'exemples, je crois, dans lesquels on ait vu l'inflammation de la conjonctive, de la pituitaire ou de la muqueuse buccale, se transmettre au tissu cellulaire subjacent, en y déterminant des abcès. Mais, pour ne pas sortir de notre sujet, prenons le tube digestif pour exemple. Qu'on consulte les recherches de M. Louis sur la fièvre typhoïde et la phthisie, ouvrages où l'auteur a analysé avec tant de soin les altérations des viscères trouvées sur un grand nombre de cadavres; on y verra que l'inflammation si fréquente de la portion iléo-cœcale, caractérisée par l'hyperémie ou le ramollissement de la tunique muqueuse, ne s'est jamais propagée au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Enfin, dans ces cas si fréquents de fièvre typhoïde et de dysenterie épidémique, où l'inflammation, revêtant la forme ulcéreuse, détruit une ou plusieurs des tuniques intestinales, de manière quelquefois à produire des perforations, on ne voit pas non plus le travail morbide se propager au tissu cellulaire ambiant; et cependant alors on trouve des ulcérations nombreuses, larges et profondes; la tunique musculeuse est dénudée; ses fibres sont disséquées et recouvertes d'une couche de pus concret; ailleurs la séreuse elle-même est à nu, phlogosée, puis perforée, sans qu'au milieu de ce désordre on puisse constater aucune

(1) *Loc. citat.*
(2) *Journal général*, t. CVII, p. 7.

altération dans le tissu cellulaire des fosses iliaques. Ceci n'a rien d'extraordinaire, et il faut le considérer comme étant une application de cette idée générale développée par Bordeu et par Bichat, et qui consiste à regarder le tissu cellulaire périphérique des organes comme formant à ceux-ci une atmosphère qui isole leurs actions morbides (1).

Les médecins qui ont fait jouer un grand rôle à l'entérite comme cause des tumeurs phlegmoneuses ont cité, à l'appui de leur opinion, l'histoire de plusieurs individus chez lesquels la maladie avait été précédée pendant quelque temps de coliques et de dévoiement. Mais on ne peut rien conclure de cette circonstance, car il faudrait préalablement déterminer quel est le point précis de l'intestin qu'occupe la phlegmasie ; d'ailleurs ce dévoiement précurseur n'est pas ordinaire. Je l'ai noté à peine dans un douzième des cas, tandis que la constipation s'observe dans une proportion un peu plus considérable (un dixième environ). Ajoutons que, lorsque la diarrhée existe dans les prodrômes, elle n'est généralement pas très abondante ; les coliques qui la précèdent ne sont pas communément non plus assez intenses pour faire soupçonner une entérite de quelque gravité. Pourquoi donc en pareil cas admettre que la phlegmasie peut s'étendre en profondeur jusqu'au tissu cellulaire périphérique, tandis que précédemment nous avons vu que les inflammations graves, avec destruction du tissu, restaient bornées dans l'organe atteint primitivement.

Enfin, il est probable que dans un grand nombre de cas les auteurs ont regardé les troubles intestinaux comme cause efficiente de l'engorgement cellulaire, tandis que celui-ci, s'étant déclaré sourdement, avait précédé de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois les symptômes survenus du côté des organes digestifs. L'observation suivante me permet de faire cette supposition.

Obs. Ire. — Un jeune garçon âgé de 15 ans, fileur, d'une consti-

(1) *Anat. générale*, édit. de Blandin, t. I, p. 31.

tution grêle, mais ayant toujours joui d'une bonne santé, soumis à des conditions hygiéniques favorables, éprouva au commencement du mois de juillet 1834, sans cause connue, des douleurs abdominales assez vives, ayant leur maximum d'intensité dans la fosse iliaque droite avec un léger mouvement fébrile, n'éprouvant d'autre trouble du côté des organes digestifs qu'une légère constipation. On reconnut alors dans la fosse cœcale une tumeur douloureuse dont le malade affirme avoir constaté lui-même l'existence plus d'un mois auparavant, quoiqu'elle ne s'accompagnât alors ni de douleur ni d'aucun autre phénomène morbide. Les symptômes aigus se dissipèrent après une application de 30 sangsues sur l'endroit souffrant. Le malade reprit ses occupations après avoir observé le repos pendant quinze jours; sa santé resta bonne jusqu'à la fin de septembre, quoiqu'il continuât à sentir dans la fosse iliaque une tumeur qui suivant lui avait le volume d'un œuf de pigeon. Dans les derniers jours de septembre, ce jeune garçon fut pris de nouveau et sans cause connue de douleurs abdominales ayant leur point de départ dans la fosse iliaque droite, d'où elles s'irradiaient dans le reste du ventre; il éprouva en même temps des vomissements bilieux et un dévoiement jaunâtre copieux, quelquefois avec ténesme; en même temps la tumeur augmenta de volume, les mouvements de la cuisse droite furent un peu douloureux, et le malade était dans l'impossibilité de l'étendre complétement. Au milieu de ces symptômes, la fièvre fut à peine marquée; au bout de douze jours la diarrhée et les coliques furent remplacées par de la constipation; le malade entra à l'hôpital le 9 octobre, quinzième jour après le début. On constata alors une tumeur dure, mate, immobile, sans bosselures, ayant trois pouces et demi verticalement et deux en travers, située en arrière et au dessus du ligament de Fallope. Elle est médiocrement sensible à la pression, et la paroi abdominale glisse au devant d'elle; les mouvements du membre inférieur correspondant sont libres depuis hier, la constipation a cessé, le malade a eu une selle molle sans coliques, il y a apyrexie complète. On fait une application de 15 sangsues qu'on renouvelle le 10; sous leur influence la tumeur a cessé d'être douloureuse, et le 11 elle a diminué d'un demi-pouce dans le sens transversal. Du 15 au 27 on fait deux frictions par jour avec un demi-gros d'onguent mercuriel, et le malade sort quelques jours après sans avoir présenté de fluctuation, sans avoir rendu du pus par aucune voie, mais offrant une diminution considérable de la tumeur, qui n'a plus que le volume d'une petite noix, dure, immobile, indolente, située à trois quarts de pouce au des-

sus du ligament de Fallope et à un pouce en dedans de l'épine iliaque supérieure. Les fonctions digestives s'exécutent régulièrement.

Si ce jeune garçon n'avait pas par hasard constaté l'existence d'une tumeur longtemps avant l'apparition des troubles digestifs, nul doute qu'on n'eût regardé ceux-ci avec quelque apparence de raison comme ayant été la cause déterminante du phlegmon iliaque. Cependant ce dernier, survenu lentement et d'une manière occulte, a été la cause des accidents aigus qui se sont manifestés à deux reprises différentes, et qui se seront peut-être reproduits de nouveau après la sortie du malade de l'hôpital, parce qu'il conservait encore un noyau d'induration assez considérable. Ces cas où la tumeur se développe sourdement et est reconnue comme par hasard par les malades, ne sont pas aussi rares qu'on le croit, car j'en ai moi-même observé deux exemples, et mon collègue et ami le docteur Boyer, chef de clinique, m'a communiqué une observation dans laquelle on voit également un malade constater l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, quelques jours avant l'apparition des symptômes aigus.

On a encore objecté que le phlegmon se développait plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que dans celui qui est subjacent au fascia iliaca, et l'on a pensé que cette prédilection tenait au voisinage de l'intestin. Mais cette interprétation n'est pas exacte, et si l'on voyait le tissu cellulaire superficiel de la fosse iliaque plus souvent phlogosé que le tissu cellulaire profond, chose qui n'est pas encore démontrée d'ailleurs, ce ne serait là qu'une application de cette loi générale si bien développée par Hunter, qui veut que les abcès soient infiniment plus rares dans les couches profondes que dans les couches superficielles du tissu cellulaire, quelle que soit la région du corps où on les observe.

Qu'on ne croie pas néanmoins que je nie absolument la possibilité de transmission de la phlegmasie iléo-cœcale au tissu cellulaire des fosses iliaques; mais je prétends seulement que cette propagation est rare, je dirai même que jusqu'à ce jour

on ne l'a point démontrée. Toutefois l'analogie me la fait regarder comme possible, car nous verrons bientôt l'inflammation de quelques organes gagner par continuité ou contiguité le tissu cellulaire des fosses iliaques.

On a dit aussi que la constipation était une cause puissante des phlegmons iliaques : mais je crois que les auteurs ont émis cette opinion moins d'après les faits que guidés par la théorie; car ils ont admis que la muqueuse cœcale devait être irritée par le séjour des fèces, et que cette irritation se transmettait au tissu cellulaire environnant, deux circonstances capitales qu'il fallait se mettre en devoir de prouver avant tout. Qu'on lise d'ailleurs les observations publiées par ces médecins; on verra qu'ils n'ont presque jamais noté la constipation dans les antécédents de leurs malades. Quant aux faits que j'ai recueillis, une seule fois l'abcès s'est déclaré chez une femme habituellement constipée, et elle a succombé à un phlegmon qui avait succédé à une gangrène de l'appendice, accident qui a pu résulter, comme dans quelques cas pareils cités par les auteurs, d'une sorte d'étranglement produit par des fèces accumulées dans la cavité de l'appendice vermiforme. Je crois donc que jusqu'à présent les faits n'autorisent pas à considérer la constipation comme cause des phlegmons iliaques, je prouverai au contraire plus tard que la suppression des selles est un effet très fréquent de l'engorgement du tissu cellulaire qui entoure le gros intestin.

Les perforations du cœcum et de son appendice arrivant spontanément ou par gangrène, résultant souvent de la présence de corps étrangers ou de fèces endurcies, déterminent parfois des abcès phlegmoneux et gangréneux, qui sont pour la fosse iliaque semblables à ceux qu'on rencontre si souvent à la marge de l'anus et qui sont ordinairement consécutifs à quelque crevasse de l'intestin ayant permis l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire voisin. On peut lire plusieurs exemples d'abcès stercoraux de la fosse iliaque droite dans un mémoire

du docteur John Burne (1), et dans une thèse soutenue en 1836 à Heidelberg, par M. Fréd. Merling, sur l'anatomie pathologique de l'appendice vermiforme (2). Lorsque la perforation, la gangrène du cœcum occupent la paroi postérieure dans le point où l'intestin est dépourvu de péritoine, les matières fécales s'épanchent alors librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque et des lombes, qui s'enflamme, suppure et se sphacèle en peu de temps. Mais si l'altération occupe la paroi antérieure du cœcum ou l'appendice vermiforme, le plus ordinairement il en résulte un épanchement stercoral dans le ventre et une péritonite suraiguë très promptement mortelle. Dans quelques cas moins fâcheux des adhérences s'établissent au pourtour de la lésion de l'intestin, de telle sorte que lorsque la perforation s'effectue, l'épanchement s'opère dans un point circonscrit de la cavité péritonéale : la mort survient souvent alors sans que le tissu cellulaire de la fosse iliaque s'enflamme. Mais quelquefois le contraire a lieu; un phlegmon se développe consécutivement, soit par suite de l'extension de la phlegmasie du péritoine au tissu cellulaire subjacent, soit plutôt parce que les matières fécales qui sont épanchées dans la cavité circonscrite du péritoine détruisent, sphacèlent cette membrane et lui permettent d'aller consécutivement enflammer et détruire le tissu cellulaire ambiant. C'est ce que démontre l'observation suivante :

Obs. IIe. — Une modiste âgée de 22 ans, d'une constitution médiocrement forte, a toujours joui d'une bonne santé. Enceinte pour la première fois, elle fut tourmentée pendant les derniers mois de sa grossesse par une constipation opiniâtre qui durait quelquefois dix et quinze jours, et ne déterminait alors d'autres troubles fonctionnels qu'un peu d'inappétence. Elle accoucha à l'Hôtel-Dieu le 14 août d'un enfant bien portant, après un travail de seize heures. L'accouchement fut naturel ainsi que la délivrance, qui ne fut suivie d'aucun accident. La santé resta bonne jusqu'au 15 dans la soirée où, sans cause connue, la malade éprouva des frissons irré-

(1) *Westminster's hospital reports*, 1838. *Gazette médic.* n° 25 et 26, 1838.

(2) *L'Expérience* du 20 février 1838.

guliers suivis de chaleur. Cette femme inquiète a de tristes pressentiments, sa figure exprime la souffrance, le pouls bat 136 fois ; il est fort et assez large, le ventre est indolent, excepté dans la fosse iliaque droite, où la malade accuse une vive sensibilité ; la douleur est telle qu'on ne peut bien explorer la région ; toutefois je crois sentir profondément une rénitence diffuse assez considérable. L'utérus est au milieu de l'hypogastre, les lochies coulent convenablement, les seins ne se tuméfient pas ; il n'y a pas de selles depuis quatre jours ; la langue est humide, la bouche amère, la soif vive ; il y a des nausées, et dans la nuit quelques vomissements jaunes amers ont lieu. Cette femme se refuse obstinément à se laisser saigner, on lui applique 25 sangsues sur le point douloureux.—Dans la matinée du 16, même état que la veille (25 sang., bain, catap.).—Le 17, ventre un peu météorisé, sensibilité de la région cœcale beaucoup moindre ; on y circonscrit une tumeur de 3 pouces carrés, mate, non bosselée, un peu élastique, n'offrant nulle part la résistance du phlegmon, mais donnant la sensation d'une sorte de mollesse sans fluctuation évidente nulle part. Une selle liquide qu'on nous dit être verdâtre, plusieurs vomissements comme la veille, pouls à 124 peu résistant (frictions avec onguent mercuriel ℥ j, 16 gr. calomel en 8 prises, bain).—Le 18, exactement même état que la veille, pas d'évacuation ; la cuisse droite n'est le siége d'aucune douleur, elle ne présente ni rétraction ni œdème ; seins flasques, lochies coulant convenablement.—Le 19, il y a des frissons irréguliers, la tumeur iliaque a le volume du poing, elle forme relief à travers les parois abdominales ; quoique tendue, elle est le siége d'une fluctuation obscure ; il y a deux selles fétides jaunâtres, envies de vomir, quelques hoquets ; le pouls à 120 est dépressible ; facies un peu grippé (même prescription).—Le 20, la tumeur s'est affaissée, on ne peut plus la circonscrire, on sent seulement dans tout le flanc un empâtement diffus ; la malade se plaint de la région lombaire droite, qui n'est le siége d'aucune tuméfaction ; il y a eu deux selles liquides d'un vert porracé, sans traces de pus ; les lochies coulent à peine.—Le 21, le facies est profondément altéré, le pouls à 124, dépressible, irrégulier ; décubitus sur le côté droit, la cuisse très légèrement fléchie ; si on essaie de l'étendre complétement, la malade crie ; même empâtement qu'hier, la pression sur la fosse cœcale n'excite pas de douleur, mais à deux reprises elle détermine un petit gargouillement. La malade se prête avec peine à toute exploration et refuse de répondre. Dans la journée, frissons, vomissements verdâtres.—Le 22, facies profondément altéré, douleur vive dans tout le côté droit du ventre, surtout dans la fosse cœcale

et dans la région lombaire correspondante ; c'est dans ces deux derniers points que la pression est la plus douloureuse. La malade s'affaisse de plus en plus et succombe dans la soirée.

Autopsie — La paroi abdominale antérieure au niveau de la fosse iliaque droite adhère dans une étendue de près de 3 pouces carrés aux parties sous-jacentes. En voulant les détacher, on met à nu un foyer pouvant contenir une petite orange, et dont les autres parois sont formées par le cœcum, l'épiploon, par quelques anses d'intestin grêle. Tous ces organes sont tapissés par de fausses membranes noirâtres. Le foyer offre un mélange de pus, de matière brune ayant une odeur gangréneuse; on y trouve aussi plusieurs portions de matières fécales indurées. Ce foyer étant soigneusement vidé et lavé, on s'assure qu'il est contenu dans la cavité même du péritoine. Au bas de la paroi interne, on découvre l'appendice vermiforme, béant, noir, friable, en partie détruit par la gangrène. Vers la paroi externe et un peu en arrière, existe une ouverture pouvant admettre l'extrémité du pouce, irrégulière dans son contour, d'où l'on pénètre dans un nouveau foyer qui contient les mêmes matières que le premier, qui a décollé le cœcum, le colon ascendant, et remonté presque au rebord inférieur du rein, dont le tissu n'est pas altéré. L'aponévrose iliaque est noirâtre, crevassée et perforée dans plusieurs points. Les muscles iliaques et carré lombaire sont noirâtres; leurs fibres, pour la plupart ramollies et réduites en bouillie, exhalent une odeur de gangrène. Le cœcum n'offre aucune perforation. Le reste du tube digestif, tous les autres organes de l'abdomen, ceux renfermés dans la tête et la poitrine ne sont le siége d'aucune altération. Il est inutile d'insister sur leur description.

Cette observation est des plus curieuses. Il est évident que la gangrène de l'appendice vermiculaire a été le point de départ des accidents. Des adhérences rapidement établies ont bientôt circonscrit le mal de toutes parts. Il en est résulté un foyer dont les parois étaient presque entièrement formées par des organes solides et résistants, excepté en arrière et en dehors dans le point où le péritoine quitte le cœcum pour se réfléchir sur la paroi abdominale. Aussi cette frêle barrière a-t-elle cédé bientôt au travail inflammatoire, à la désorganisation produite par les fluides irritants qui étaient épanchés et probablement aussi à la distension du foyer. Les matières septiques et autres se sont donc épanchées consécutivement dans le tissu cellulaire de

la fosse iliaque qu'elles ont enflammé et sphacélé. Cet épanchement a eu lieu de 48 à 50 heures avant la mort, et a été marqué par l'affaissement de la tumeur.

J'ai dit précédemment que les phlegmons iliaques succédaient quelquefois à l'inflammation de quelque organe voisin. C'est ainsi que, d'après M. Lebatard, M. Velpeau aurait vu un phlegmon de la fosse iliaque gauche survenir chez une femme consécutivement à l'inflammation de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis pour faciliter le glissement des muscles psoas et iliaque. Le même professeur a également vu un bubon suppuré déterminer par continuité de tissu, comme dans le cas précédent, une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche chez un jeune homme affecté de syphilis (1). On a prétendu que l'inflammation des reins pouvait aussi s'étendre facilement au tissu cellulaire du grand bassin. C'est là une supposition qu'aucun fait ne justifie et qui ne s'appuie peut-être que sur une observation très incomplète, publiée par M. le docteur Téallier (2), dans laquelle l'auteur parle d'un homme de 56 ans, sujet depuis quelques années à des douleurs de reins, rendant souvent avec ses urines un sable rouge et fin, qui en 1826 éprouva un violent accès de colique néphrétique pendant 15 jours. Le malade se rétablit après avoir pissé une grande quantité de pus. L'année suivante les mêmes symptômes survinrent; l'empâtement, le gonflement qui déjà l'année dernière avaient existé à la fosse iliaque, eurent encore lieu cette fois, mais plus marqués qu'avant. Après six semaines de souffrance, du pus fut rendu en abondance par les selles. Le malade succomba huit jours après. On ne fit pas son autopsie, mais l'auteur suppose que le pus qui pendant deux fois a été rendu par la vessie et par le rectum provenait d'une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, consécutive à une néphrite. Je crois au contraire que l'abcès n'existait que dans le rein.

(1) Lebatard, p. 7, *Loc. citat.*
(2) *Journal général*, t. CVIII, obs. 3.

On pourrait m'objecter en faveur de l'opinion de M. Téallier qu'on a constaté pendant la vie de la tuméfaction et de l'empâtement dans la fosse iliaque; mais ces symptômes, insuffisants pour caractériser un phlegmon du tissu cellulaire, ont pu d'ailleurs être produits par le rein augmenté de volume et distendu par le pus : car il n'est pas rare alors, comme l'observe M. Chomel (1), que la fluctuation, indice d'une suppuration des reins, apparaisse quelquefois assez loin de la région lombaire, circonstance qui peut tromper le médecin sur l'origine du pus. J'ajouterai enfin que, l'abcès du rein se vidant dans le tissu cellulaire qui l'environne, le liquide peut cheminer plus ou moins loin et venir former dans la fosse iliaque une collection symptomatique, qu'un examen superficiel pourrait faire considérer comme idiopathique et résultant d'une propagation de l'inflammation du rein au tissu cellulaire des lombes et des fosses iliaques.

On a avancé aussi que la métrite, que l'inflammation des annexes de l'utérus, et spécialement des ligaments larges, était une cause puissante des abcès iliaques qui surviennent chez la femme pendant l'état de vacuité, mais surtout pendant la période puerpérale. M. Velpeau dit, en effet, avoir vu deux fois la maladie se déclarer chez des femmes qui souffraient de l'utérus (2) ; mais il n'indique pas l'espèce de lésion dont cet organe était le siége. M. Piotay cite également deux cas où le phlegmon iliaque se déclara dans le cours d'une métrite aiguë. Cependant les faits de ce genre sont infiniment rares. C'est ainsi que, consultant toutes les observations d'abcès iliaques puerpéraux terminés par la mort, je n'en vois que deux dans lesquels la collection purulente a occupé à la fois la fosse iliaque et les ligaments larges. Dans un fait de M. Vigla (3), on trouva dans le repli du côté droit une petite collection de pus crêmeux, se prolongeant un peu dans l'inter-

(1) *Archives*, 3e série, t. I, p. 12.
(2) *Anat. chirur.*, t. II.
(3) *Bullet. de la Soc. anat.*, 7e bulletin, 1837.

stice celluleux qui sépare le vagin de la vessie, mais n'ayant aucune communication avec le grand foyer. Evidemment on ne peut ici considérer le petit abcès du ligament large comme ayant été le point de départ du vaste phlegmon dont la fosse iliaque était le siége. La seconde observation a été publiée par Dance (1) : on y voit le foyer iliaque se prolonger jusque dans les ligaments larges; mais les symptômes notés au début ne prouvent pas que ces replis aient été le point de départ de la maladie. Qu'on consulte l'ouvrage pratique que madame Boivin et Dugès ont publié sur les affections de l'utérus et de ses annexes, on n'y trouve aucune observation de maladie aiguë ou chronique qui ait été compliquée d'abcès iliaque, quelque grave qu'ait été le désordre vers les parties génitales. Quant à moi, pendant un séjour de huit années dans les hôpitaux, je n'ai jamais constaté non plus aucun fait prouvant la transmission d'une phlegmasie utérine au tissu cellulaire qui remplit la cavité du grand bassin. De tout cela il résulte que les maladies de l'utérus et de ses annexes ne peuvent être regardées comme une cause fréquente des abcès iliaques. Cependant on conçoit que ceux-ci puissent être parfois consécutifs à un phlegmon des ligaments larges dont le tissu cellulaire se continue avec celui de tout le bassin. Mais la chose est infiniment rare, et je crois que les faits connus jusqu'à ce jour ne sauraient autoriser les auteurs à dire, comme ils le font, que les annexes de l'utérus et que les ligaments larges, en particulier, sont le point de départ des phlegmons iliaques consécutifs aux couches.

Les abcès que j'étudie peuvent se développer sous l'influence des causes traumatiques. Il peut arriver, en effet, qu'un projectile s'enfonçant au voisinage de l'anneau inguinal, au lieu de pénétrer dans le péritoine, reste en dehors de cette cavité, en remontant plus ou moins haut, suivant la direction de la crête iliaque. John Bell (2) rapporte à ce sujet l'observation d'un jeune

---

(1) *Loc. cit.*: obs. 10e.

(2) *Traité des plaies*, trad. d'Estor, p. 410.

homme qui fut blessé en duel ; les premiers accidents se calmèrent, mais il survint bientôt une fièvre hectique qui emporta le malade un an après l'accident. A l'autopsie, on reconnut que la balle s'était logée au dessous du muscle psoas et sur la fosse iliaque interne, où elle se trouvait environnée de plusieurs kystes purulents. Des corps étrangers, introduits dans l'estomac, arrivant dans le gros intestin, peuvent aussi se frayer une issue dans le tissu cellulaire ambiant, où leur présence peut déterminer quelquefois une inflammation plus ou moins vive. C'est ce qui m'a été démontré par le fait suivant : En 1835, je faisais, à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie d'un vieillard mort apoplectique ; en voulant détacher le cœcum, j'éprouvai de la résistance, parce que cet intestin, dans l'étendue d'un pouce carré, avait contracté des adhérences avec une induration circonscrite du tissu cellulaire sous-jacent. Cette petite tumeur offrait vers son centre une excavation du volume d'une grosse aveline remplie d'un pus blanchâtre et concret, et traversée par un corps métallique entièrement rouillé, ayant 8 à 9 lignes de longueur, et pointu à l'une de ses extrémités. Ce corps étranger parut aux personnes qui le virent avec moi une épingle dépourvue de sa tête. La muqueuse du cœcum, dans le point correspondant, paraissait intacte. Ce fait prouve que des abcès peuvent se développer dans les fosses iliaques sous l'influence de corps étrangers venus probablement de l'intérieur de l'intestin. Il est à présumer que des arêtes de poisson, des fragments d'os, pourront déterminer le même accident ; mais il est utile d'observer d'ailleurs que la perforation de l'intestin, par ces divers agents, ne produit pas nécessairement un épanchement stercoral, parce que, d'une part, la solution de continuité est en général très étroite, et que, comme l'a prouvé Benjamin Travers, il est ordinaire de voir alors la muqueuse faisant hernie à travers la tunique musculeuse venir boucher la perforation (1).

(1) Benj. Travers. *On injuries of the intestines.*

Des coups, des pressions fortes sur la région iliaque, ont été quelquefois la cause déterminante du phlegmon de cette partie, comme on en voit deux observations dans le mémoire de Bourienne (1). Enfin les fatigues résultant d'une marche longue et pénible et surtout les efforts violents pour ramener dans sa rectitude le tronc fortement porté en arrière peuvent agir de la même manière. C'est du moins ce qui résulte d'un fait que j'observai, dans l'hiver de 1835, à une consultation de l'Hôtel-Dieu faite par M. Caillard, dont j'étais alors l'interne. Un homme de peine, à la Halle, âgé d'environ 30 ans et fortement constitué, vint demander quelques couseils pour une douleur vive qu'il éprouvait dans la fosse iliaque droite et qui était survenue brusquement l'avant-veille dans un violent effort que fit ce malade pour relever son tronc dans un moment où, par suite d'une glissade, une chute sur l'occiput était imminente. L'examen de la partie souffrante me fit constater une tumeur du volume d'une pomme d'apis, douloureuse et immobile, aplatie, profonde et mate à la percussion, située à un pouce au dessus et en arrière du ligament de Fallope. Elle était évidemment dans la fosse iliaque et s'accompagnait de douleur dans la marche et d'une légère rétraction de la cuisse droite qu'on ne pouvait étendre complétement. Tous mes efforts pour retenir le malade à l'hôpital furent inutiles. Il sortit, désirant se traiter chez lui. J'ignore quelle a été la suite de la maladie. Il est probable que dans ce cas l'effort violent fait pour redresser le tronc aura déterminé quelque rupture dans les fibres des muscles psoas et iliaque surtout. C'est ce qui explique la douleur vive et subite que j'ai notée. Le tissu cellulaire lui-même ayant dû être nécessairement tiraillé, contus, déchiré, s'est enflammé et a produit la tumeur qui avait déjà acquis un volume considérable 48 heures après l'accident. Il peut arriver aussi qu'un effort violent détermine des accidents inflammatoires dans une tumeur iliaque, indolente jusque alors; c'est ce que prouve l'observation que je

(1) *Loc. cit.*, obs. 1re et 2e.

dois à l'obligeance de mon collègue le docteur Boyer : ce fait est relatif à un homme de 49 ans, qui avait remarqué depuis plusieurs jours une grosseur dans la fosse iliaque droite, lorsque dans un effort qu'il fit pour traîner une charrette pesamment chargée, il y éprouva une douleur des plus vives. L'individu tomba par terre, fut pris peu après de frisson, de fièvre, d'engourdissement dans la cuisse droite ; la tumeur se ramollit, et une incision faite au 19e jour donna issue à une grande quantité de pus.

On a invoqué encore bien d'autres causes pour expliquer le développement des abcès iliaques. C'est ainsi que ceux qui surviennent chez les nouvelles accouchées ont été regardés comme un effet de la métastase laiteuse par Levret, par Puzos et par d'autres accoucheurs. Mais les progrès de la science ont depuis longtemps fait justice de ces idées humorales telles que les professaient les auteurs anciens. Il ne m'appartient pas de réfuter ici ces opinions sur les laits répandus, cependant je dois rechercher s'il y a quelque coïncidence entre la suppression ou le non-établissement de la sécrétion lactée et le développement des abcès iliaques.

Levret a observé (1) que les accouchées chez lesquelles la sécrétion de lait s'établit convenablement n'étaient affectées d'engorgements iliaques que le douzième ou quinzième jour après l'accouchement. Dans les cas au contraire où la fièvre de lait n'a pas lieu, lorsque les mamelles restaient flasques, Levret voyait quelquefois alors les maladies se déclarer beaucoup plus tôt. Enfin ce célèbre accoucheur dit avoir observé l'engorgement des fosses iliaques chez des femmes une année après leur délivrance, mais qui depuis 12 ou 15 jours avaient perdu l'enfant qu'elles allaitaient.

Si j'analyse mes observations d'abcès iliaques puerpéraux, je vois que sur 14 cas il y en a 11 qui se sont déclarés du 3e au 10e jour après l'accouchement; 2 sont survenus avant le 15e jour,

(1) *L'art. des accouchem.*, sect. 7, p. 175.

et un seul au bout d'un mois; d'où il résulte que la maladie se déclare spécialement à l'époque de la révolution laiteuse. Mais on ne peut rien conclure de l'activité plus ou moins grande de la sécrétion : celle-ci en effet n'offrira rien d'anormal lorsque les symptômes du début seront peu intenses; dans le cas contraire, on voit les mamelles rester plus ou moins flasques, ce qui d'ailleurs ne prouve pas une métastase, mais s'explique très bien par la révulsion qu'opère la phlegmasie du tissu cellulaire du bassin. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que toutes les malades que j'ai observées n'avaient point allaité leur enfant et qu'il paraît en avoir été de même pour presque toutes les femmes dont les auteurs nous ont transmis l'histoire. Je suis donc autorisé à croire que le défaut d'excrétion du lait favorise le développement des engorgements inflammatoires des fosses iliaques; non que j'admette avec les anciens une résorption du lait en nature et son transport direct sur les tissus, mais je pense que les éléments de ce liquide portés nécessairement par les voies de l'absorption dans le torrent circulatoire impriment un certain trouble dans l'organisme et peuvent devenir ainsi la cause d'un phlegmon iliaque, maladie à laquelle la femme est déjà prédisposée par le fait seul qu'elle est récemment accouchée.

Ainsi, en résumé, dans le sexe masculin, une constitution forte, l'âge de 20 à 30 ans; chez les femmes, l'état puerpéral, et le défaut d'allaitement, sont les causes qui prédisposent le plus aux abcès des fosses iliaques. Ces abcès se montrent plus fréquemment à droite, excepté ceux qui surviennent après les couches, lesquels paraissent se développer plus souvent à gauche.

Parmi les causes efficientes des phlegmons, je citerai les contusions, les efforts violents, les plaies, surtout celles que complique la présence des projectiles, les perforations du cœcum et de son appendice, spécialement celles qui sont le résultat de la gangrène. Enfin, si l'inflammation des organes voisins peut quelquefois s'étendre au tissu cellulaire des fosses iliaques, cette cause est une de celles qu'on observe le plus rarement; il n'est pas encore démontré que le phlegmon iliaque soit quelquefois

la suite de l'entérite aiguë ou chronique. Mais dans la plupart des cas, il nous est impossible de saisir la cause qui a présidé au développement de la phlegmasie cellulaire.

Cette obscurité dans l'étiologie, la marche insidieuse et sourde qu'affecte souvent la maladie dans sa première période, empêchent parfois le médecin de pouvoir en préciser le début.

Symptômes. L'invasion du phlegmon est ordinairement marquée par une douleur plus ou moins vive limitée dans l'une des fosses iliaques ou s'irradiant plus ou moins loin ; en même temps, on remarque un appareil fébrile variable, quelques troubles du côté des organes digestifs, enfin divers autres symptômes qui peuvent éclairer sur le siége précis qu'occupe l'engorgement iliaque. Ces divers phénomènes morbides n'ont pas tous la même valeur, ils varient beaucoup sous le double rapport de leur fréquence et de leur intensité ; ils méritent donc que j'entre à leur égard dans quelques détails.

Le frisson, qui est si commun au début des phlegmasies, et surtout des phlegmasies viscérales, s'observe rarement ici. Ce symptôme, en effet, n'a été noté que dans cinq des cinquante-six observations que je puis analyser sous ce point de vue ; et dans ce nombre, trois d'entre elles étaient relatives à des femmes nouvellement accouchées.

De tous les symptômes de la maladie, la douleur est sans contredit l'un des plus constants. C'est ainsi que sur cinquante-sept observations, dans lesquelles les phénomènes du début sont indiqués avec quelque soin, on trouve que dans quarante-neuf la douleur a paru marquer l'invasion de la maladie : elle en a du moins été le premier phénomène apparent. Dans les huit autres, la douleur a été précédée pendant un ou plusieurs jours de constipation et d'engourdissement dans un des membres pelviens, de malaise. Enfin, chez quatre individus, une tumeur indolente dans la fosse iliaque a été constatée par le médecin ou le malade lui-même avant que cette région eût été le siége d'aucune sensibilité morbide. Il est probable qu'il en a été de même dans beaucoup d'autres cas ; de sorte que la douleur in-

dique moins peut-être le début de la maladie que le commencement de son état aigu. Mais, à quelque époque de l'affection que la douleur se déclare, elle n'a pas toujours présenté les mêmes caractères : tantôt vive et lancinante, d'autre fois sourde, obscure et profonde. Comparée par quelques malades à de simples coliques, elle s'exaspère toujours par la pression ; elle augmente aussi par les secousses de la toux, et dans quelques cas assez rares, par les mouvements du tronc qu'elle tient incliné en avant, ainsi que par l'extension complète du membre pelvien correspondant qu'elle rend impossible dans un dixième des cas.

Le siége de la douleur varie beaucoup au début de la maladie : il n'est pas rare, en effet, de voir les malades rapporter leur souffrance dans des points plus ou moins éloignés de la fosse iliaque. Ainsi, dans les cinquante observations où le siége précis de la douleur est indiqué, on trouve que le quart des sujets à peu près (douze) ont accusé une sensibilité générale du ventre, neuf se sont plaints de l'hypogastre. Chez vingt-quatre malades, la douleur a eu son siége primitif dans la fosse iliaque; à ce dernier chiffre, il faut joindre cinq autres individus qui ont rapporté leur souffrance exclusivement dans la région inguinale correspondant au côté où quelques heures ou quelques jours plus tard on a constaté une tumeur. Mais, quel que soit le point du ventre que la douleur occupe primitivement, elle ne tarde pas à se faire sentir dans l'une des fosses iliaques en s'irradiant, de là, vers d'autres régions de l'abdomen, ou du côté des membres inférieurs. Ces irradiations de la douleur ne sont pas toujours un effet purement sympathique ; mais elles dépendent quelquefois de l'influence qu'exerce la tumeur sur les nerfs qui vont se distribuer sur les parties souffrantes. C'est ainsi que lorsque l'engorgement cellulaire comprime ou embrasse les nerfs qui vont se distribuer au membre inférieur et aux organes génitaux, la douleur est ressentie plus ou moins vivement dans ces diverses parties. Elle est communément vive, lancinante, continue et exacerbante, ou bien elle ne consiste qu'en un engourdissement et un fourmillement incommodes.

Dans tous les cas, les parties douloureuses ne présentent aucun changement de volume ou de coloration, et la pression tantôt exaspère, et tantôt calme les souffrances.

Indépendamment de la douleur, l'invasion de la maladie est quelquefois marquée par divers troubles des organes digestifs, tels qu'inappétence, envie de vomir, et spécialement par du dévoiement, qu'on a noté surtout comme phénomène précurseur dans un douzième des cas, et par la constipation qui a existé chez un dixième des sujets. Parfois aussi on remarque des alternatives de constipation et de diarrhée sur moins d'un vingtième. Enfin, chez des malades, on a noté des épreintes, un véritable ténesme dysentérique sans évacuations intestinales. Ces différents symptômes n'ayant pas une grande valeur sous le rapport du diagnostic, je me hâte d'arriver au phénomène morbide le plus important, je veux parler de l'existence d'une tumeur dans l'une des régions iliaques.

Comme les malades n'entrent guère à l'hôpital que du sixième au douxième jour à dater des premiers symptômes, il est impossible de préciser en général le moment où la tumeur a commencé. Cette époque doit varier d'ailleurs suivant la marche plus ou moins aiguë de la maladie. J'ai cité précédemment l'exemple d'un individu chez lequel je constatai l'existence d'une tumeur 48 heures seulement après l'iuvasion ; et le volume qu'elle avait alors me fit présumer qu'on aurait pu la sentir beaucoup plus tôt. Dance a aussi vu des malades chez lesquels la tumeur était évidente les quatrième et troisième jour.

Lorsqu'on est appelé à une époque rapprochée du début, lorsque la tumeur n'a pas encore acquis un volume considérable, alors on n'observe aucune déformation dans la fosse iliaque, et ce n'est que par le toucher qu'on peut reconnaître la grosseur dont cette partie est le siége. Cette tumeur est dure, un peu rénitente au toucher ; sa surface ne présente aucune bosselure, la main n'y découvre aucun battement ; le malade y éprouve des douleurs plus ou moins vives, en général lancinantes dans le principe et quelquefois même pendant tout le cours de la maladie.

La paroi abdominale antérieure qui la recouvre glisse facilement au devant d'elle, à moins que ces parties n'aient contracté des adhérences entre elles. Si, la tumeur n'étant pas très douloureuse, on s'efforce de l'embrasser avec l'extrémité des doigts, on trouve qu'en général elle est immobile; cependant, si la tumeur proémine en avant, il est assez souvent possible de lui imprimer quelques petits mouvements de latéralité, tandis que lorsqu'elle offre une forme aplatie, lorsqu'elle est déprimée à sa surface, on voit qu'elle est alors tout à fait immobile. Ces différences dépendent probablement du siége de la tumeur et de la profondeur à laquelle elle est placée. Si, comme cela paraît être le plus ordinaire, elle se développe au-dessous du péritoine aux dépens du tissu cellulaire qui s'y trouve, on pourra la déplacer un peu, car ce tissu cellulaire qui l'entoure est lâche, lamelleux, et le péritoine qui la recouvre ne l'empêche pas de se porter en avant. Si au contraire le phlegmon a son siége au dessous de l'aponévrose iliaque, celle-ci bridera la tumeur, l'empêchera de saillir en avant; elle la rendra tout à fait immobile, et lui donnera enfin cette forme aplatie dont j'ai parlé précédemment. Dans tous les cas la tumeur percutée donne un son tout à fait mat lorsqu'on parvient à n'embrasser qu'elle avec le plessimètre; mais il arrive souvent qu'une anse intestinale la recouvrant, ou même placée très près d'elle, vient à en modifier le son. En général il est facile de circonscrire la tumeur. Son volume est variable : il est rare qu'elle soit plus petite qu'une noix et plus grosse qu'une orange; son volume moyen est celui d'un œuf de poule. On la voit quelquefois envahir toute la fosse iliaque; il est souvent alors difficile d'en préciser les limites : on ne trouve partout qu'une rénitence diffuse, se prolongeant plus ou moins haut du côté de la région lombaire; mais la tumeur phlegmoneuse, en rapport avec des organes importants, détermine en outre plusieurs autres accidents. J'ai déjà parlé de ces douleurs vives, lancinantes, tout à fait névralgiques, qui s'irradient vers les organes génitaux et surtout dans les membres inférieurs, lorsque la tumeur comprime ou enveloppe

les cordons nerveux qui se distribuent dans ces parties. Chez un dixième des sujets environ, au lieu de ces douleurs vives, on n'observe qu'un engourdissement ou des fourmillements incommodes, qui, dans quelques cas, peuvent bien dépendre encore de la compression des nerfs, mais qui me semblent devoir se rattacher aussi à une gêne de la circulation dans les vaisseaux qui vont se distribuer au membre inférieur correspondant.

Cet effet m'a été démontré d'une manière évidente dans un cas où un pareil engourdissement s'étant déclaré dans la cuisse gauche, à la suite d'un phlegmon iliaque puerpéral, il était facile de s'assurer, en tâtant le pouls dans les deux artères crurales, que celui du côté gauche était moins ample et moins dur qu'à droite; quelquefois même il n'y avait plus d'isochronisme dans les battements des deux vaisseaux; enfin, la température du membre qui paraissait recevoir moins de sang était aussi notablement moins élevée. Ces phénomènes remarquables persistèrent au même degré pendant six heures. Si la compression porte spécialement sur la veine iliaque, on remarquera alors un œdème qui tantôt sera borné aux malléoles, qui quelquefois pourra gagner tout le membre inférieur, et persister même longtemps après la guérison apparente de la maladie. Cet épanchement séreux a existé chez quatre sujets, et il est impossible de l'attribuer à autre chose qu'à une gêne dans la circulation veineuse du membre. Ces symptômes de compression du système circulatoire, peu ou point notés par les auteurs, sont, comme on le voit, assez rares; car, pour qu'ils aient lieu, il faut que l'inflammation envahisse le tissu cellulaire des psoas; mais même dans ce cas les vaisseaux, protégés par une gaîne assez forte et placés dans un tissu cellulaire peu serré, peuvent fuir devant une compression qui en diminuerait le calibre si elle s'exerçait sur eux. Les nerfs, au contraire, enveloppés dans les fibres du muscle, doivent être plus souvent influencés par le voisinage de l'engorgement inflammatoire. Il serait néanmoins impossible de préciser quelle est la fréquence des douleurs névralgiques, car les auteurs en parlent à peine, et il est évident,

d'après la lecture de leurs observations, que ce phénomène n'a presque pas fixé leur attention. Dans les faits qui j'ai moi-même recueillis, je l'ai noté chez un quart des malades, et je l'ai vu manquer tout à fait chez une femme qui mourut des suites d'un phlegmon, et quoique chez elle on ait trouvé plusieurs branches nerveuses, friables, ramollies, au centre du foyer purulent. Mais le cœcum est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent, et une constipation ordinairement assez opiniâtre, le défaut de l'excrétion gazeuse et le météorisme sont l'effet naturel de cette compression. Celle-ci agit surtout efficacement lorsque le phlegmon, en rapport avec la face postérieure du cœcum, la repousse en avant et fait effort pour l'appliquer contre la paroi antérieure. La tumeur phlegmoneuse peut produire aussi la constipation d'une autre manière; car, du moment que le tissu cellulaire qui unit le cœcum aux organes voisins s'est phlogosé, l'intestin reste forcément dans une position fixe, et ne se contracte que faiblement sur les matières fécales qui, s'accumulant dans son intérieur, finissent par le distendre. Sur 34 observations dans lesquelles l'état des fonctions digestives a été précisé, on trouve que chez 25 malades la constipation a été un symptôme prédominant, la maladie étant une fois déclarée; et dans les 9 cas qui restent, on en a noté un avec diarrhée continue, ou alternatives de constipation et de dévoiement.

Enfin la tumeur peut être cause de rétraction du membre et de claudication, lorsque située au dessous du *fascia-iliaca* elle comprime le muscle iliaque, ou bien lorsque les fibres musculaires des psoas et de l'iliaque participent au travail inflammatoire. Ce symptôme a existé à un degré variable chez un dixième des malades.

Les individus atteints de phlegmon iliaque présentent, en général, un appareil fébrile plus ou moins intense. La fièvre, en effet, a été notée dans la proportion de trente-trois à dix. Elle est communément peu forte, continue, sans paroxysme; elle s'accompagne rarement de troubles sympathiques. Chez dix malades, la fièvre a manqué complétement. Cette absence de

tout mouvement fébrile a lieu lorsque la tumeur commence sourdement, et qu'elle est peu douloureuse. Si le phlegmon iliaque est consécutif à la gangrène du cœcum ou de son appendice, et qu'un épanchement stercoral ait lieu, les malades accusent une douleur, en général, plus vive, mais qui n'a pas, à beaucoup près, cette instantanéité et cette violence qu'elle prend dans la péritonite suraiguë qui succède à un épanchement irritant. Dans cette variété du phlegmon, la fièvre est intense, la constipation est des plus opiniâtres, et les malades sont tourmentés par des vomissements bilieux qui, en général, persistent pendant toute la durée de la maladie. La tumeur se développe rapidement. Elle est le siége de douleurs entièrement vives ; elle a une marche plus rapide, et doit nécessairement se terminer par suppuration, et même aussi par gangrène. Cependant je crois qu'à l'exception de la tumeur, les symptômes si aigus que je viens d'indiquer, et généralement la douleur vive, les vomissements bilieux, la fièvre intense, paraissent se rattacher bien moins au phlegmon iliaque qu'à la phlegmasie concomitante de l'appendice iléo-cœcal et à la péritonite, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture du mémoire de Louyer-Villermay (1) et de M. le docteur Mêlier (2).

Les symptômes que je viens d'énumérer varient beaucoup suivant l'intensité de la maladie, la rapidité de sa marche, la susceptibilité individuelle, etc., etc. Quant à la tumeur elle-même, on y observe des changements variables suivant son mode de terminaison.

(La suite au prochain numéro.)

---

(1) *Archives*, t. V p.246.
(2) *Journal général*, t. C, p. 317.

OBSERVATION DE PARALYSIE DE LA TROISIÈME ET DE LA CINQUIÈME PAIRE DE NERFS ENCÉPHALIQUES ; SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS SUR LES FONCTIONS DE CES NERFS ET SUR CELLES DES NERFS OPTIQUES ;

Par M. STANSKI, *interne des hôpitaux.*

OBS. Picard Laurence, âgée de 45 ans, fille de service, d'une bonne constitution, jouissait ordinairement d'une bonne santé; toutefois elle était sujette à des vomissements assez fréquents. Il y a 6 ans, elle eut souvent des douleurs de tête; elle dit qu'elle n'a jamais été affectée de maladie syphilitique. Au mois de novembre 1833, elle éprouva une douleur assez forte dans l'œil gauche, qui devint rouge. Cette douleur s'étendit bientôt à la tempe du même côté, augmenta d'intensité, et présenta des exacerbations tous les deux jours dans l'après-midi.

La durée de cette douleur se prolongea jusqu'au mois de juin 1834. La vision ne fut pas altérée, et la malade n'eut jamais de strabisme. Au mois de juin dernier, elle ressentit une violente céphalalgie dans la moitié gauche de la région frontale, et six jours après elle éprouva un engourdissement très marqué dans la moitié gauche de la tête, depuis le vertex jusqu'à la base de la mâchoire inférieure; la bouche n'était point déviée, mais la mastication était notablement gênée. Au mois de septembre suivant, les règles, qui jusque-là étaient venues très régulièrement le 7 de chaque mois, éprouvèrent un retard de dix jours. Le 12 du même mois, la paupière supérieure droite commença à s'abaisser, et au bout de quinze jours l'occlusion de l'œil fut complète. Tant que l'œil ne fut pas entièrement fermé, la malade vit tous les objets doubles. Souvent elle était embarrassée lorsque, se trouvant dans la rue, elle voyait deux images de la même voiture, de la même personne ou de tout autre objet, et ne savait laquelle il fallait éviter; alors, pour remédier à l'illusion, elle fermait un des yeux.

Examinée le 29 décembre 1834, elle se trouve dans l'état suivant: Tous les membres obéissent aux ordres de la volonté, ils exécutent facilement tous les mouvements; seulement la force dans les deux

membres droits est diminuée, et la malade serre avec moins de force avec la main droite qu'avec celle du côté opposé, et dans la station elle sent le membre inférieur faiblir sous le poids du corps.

L'œil droit est complétement fermé : la malade ne peut pas relever la paupière supérieure, mais lorsqu'elle exécute le mouvement comme pour fermer les paupières, on voit par les rides transversales de la peau que le muscle orbiculaire droit n'a pas perdu sa contractilité. Le globe de l'œil droit est tourné fortement dans l'abduction, et il est impossible à la malade de le porter en dedans, en haut ou en bas. La pupille de cet œil est dilatée et immobile. La conjonctive conserve sa sensibilité normale. Dans la moitié gauche de la face la sensibilité est abolie depuis le milieu du front et du nez jusqu'à la base de l'apophyse zygomatique gauche. Transversalement et depuis le sommet de la tête jusqu'à la partie inférieure de la joue gauche de haut en bas, la malade ne sent point les piqûres d'une épingle : une épingle introduite même sous la peau au niveau du trou sus-orbitaire n'a provoqué aucune douleur. Les humeurs de l'œil et la conjonctive sont à l'état normal, seulement cette dernière est insensible à l'action des corps étrangers. La pupille gauche est contractée et peu mobile. La membrane nasale de ce côté est insensible aux piqûres d'épingle et aux odeurs fortes. La moitié gauche de la langue, du voile du palais et des gencives est insensible aux saveurs ainsi qu'à l'action des corps piquants.

Les aliments s'introduisent entre les alvéoles et la joue gauche sans que la malade s'en aperçoive. La déglutition n'est pas gênée, mais la mastication est un peu altérée, la malade ne pouvant pas bien serrer les aliments entre les deux molaires gauches. La mâchoire inférieure fortement abaissée se dévie du côté gauche, et si l'on applique les doigts sur les condyles pendant son abaissement, on sent le condyle droit se porter en avant, tandis que le gauche reste à sa place. La malade ne peut faire exécuter des mouvements de latéralité à l'os maxillaire inférieur, ni pendant son abaissement, ni quand les dents sont rapprochées. La langue exécute tous ses mouvements.

Quant à la vue, elle est affaiblie du côté gauche où la pupille est rétrécie et mobile, tandis que la malade voit clairement de l'œil droit dont la pupille est dilatée et sans mouvement. En outre, lorsqu'on relève la paupière droite et que la malade regarde un objet, elle le voit double. L'une des images de cet objet lui paraît avec les couleurs naturelles, mais plus éloignée que n'est l'objet réel; l'autre est à la place de l'objet, mais elle est moins nette et plus pâle. Lorsqu'elle regarde avec l'œil droit après avoir fermé l'œil gauche,

c'est la première image qu'elle aperçoit; et lorsqu'elle regarde avec l'œil du côté opposé après avoir laissé tomber la paupière supérieure droite, elle voit la seconde image et toujours avec les mêmes circonstances.

Du reste la malade éprouve encore des céphalalgies, des engourdissements et des élancements dans les membres droits. Le petit doigt et l'annulaire de ce côté sont légèrement rétractés et ne peuvent être étendus; la sensibilité y est abolie ainsi qu'au rebord cubital de la main. Les fonctions digestives se font bien. Point de symptômes du côté des organes de la circulation. Le pouls est sans fréquence. Les facultés intellectuelles sont intactes.

Tel était l'état de la malade à son entrée à l'hôpital Cochin, où elle resta pendant quinze mois environ. Pendant ce temps on lui appliqua plusieurs fois des sangsues derrière les oreilles sans aucun effet appréciable; seulement il se développa autour des piqûres un érysipèle qui s'étendit sur toute la face: celle-ci était partout également rouge, également tuméfiée et sensible à la pression, excepté dans les régions sus et sous-orbitaires gauche, où la peau, quoique enflammée, n'était pas douloureuse.

On provoqua une salivation abondante à l'aide du calomel: elle dura un mois à peu près sans apporter aucun changement dans l'état de la malade. Les cautères et les moxas appliqués derrière les oreilles n'ont pas eu de meilleurs résultats. Enfin on commença à traiter la malade par les vésicatoires sur la tête, et dans le cours du traitement on en appliqua quarante-deux, tantôt sur le front, tantôt sur les régions temporales, la plus grande partie en calote sur toute la région crânienne. L'amélioration à la suite de l'emploi des vésicatoires était lente, mais non douteuse; la malade elle-même s'en apercevait et demandait qu'on en appliquât. Peu à peu la céphalalgie cessa, ainsi que les engourdissements et les douleurs dans les membres droits. Le bras de ce côté, avec lequel la malade à son entrée ne pouvait même soulever un verre, a recouvré un peu de force, et elle peut s'en servir pour manger et couper son pain. La paupière droite commença à se relever, et après chaque vésicatoire l'écartement entre les deux paupières droites devenait plus considérable. Le globe de l'œil droit put être dirigé directement en avant, et plus tard même en dedans; mais la sensibilité du côté gauche de la face n'a pas été notablement rétablie. La malade sortit de l'hôpital dans un état très satisfaisant et ne conservant que des traces de tous les symptômes dont nous avons parlé.

Les symptômes rapportés ci-dessus portent à penser que la

malade a été affectée d'une paralysie des troisième et cinquième paires de nerfs encéphaliques, et que cette paralysie elle-même n'était pas le résultat d'une altération quelconque des troncs de ces nerfs, mais qu'elle était produite par une lésion du cerveau ; car nous voyons non seulement un trouble dans les fonctions de ces deux nerfs, mais encore des accidents du côté des deux membres droits. Et si l'on considère les céphalalgies violentes, les engourdissements que la malade éprouvait dans les membres, la légère rétraction des doigts, ainsi que la marche lente et progressive de la maladie, on ne peut s'empêcher d'admettre que cette lésion consistait dans une inflammation circonscrite du cerveau, laquelle probablement siégeait dans ce que M. Cruveilhier appelle *isthme de l'encéphale* (protubérance annulaire).

Nous voyons dans cette observation, comme cela a été déjà observé dans les cas de paralysie de la cinquième paire, la perte de la sensibilité de la moitié gauche de la face, de la conjonctive et de la membrane pituitaire du même côté, ainsi que de la moitié gauche de la langue; la vue a été seulement affaiblie, mais non complétement perdue. Je n'ai pu me bien assurer que l'ouïe de ce côté fût plus faible que du côté droit. La gêne dans la mastication et la déviation de la mâchoire inférieure prouvent l'existence d'une paralysie des muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire.

On pense généralement que les nerfs massétériens temporaux profonds, ceux des muscles ptérygoïdien et mylo-hyoïdien, qui proviennent du nerf trifacial, sont des nerfs du mouvement. Notre observation confirme cette opinion. En effet nous voyons chez notre malade non seulement une perte de la sensibilité, mais aussi une gêne dans les mouvements de l'os maxillaire inférieur, gêne qui ne peut tenir qu'à la paralysie des filets nerveux qui se rendent aux muscles mentionnés. Par suite de l'inaction des muscles masséter et ptérygoïdien internes gauches, existait l'impossibilité de serrer fortement les molaires de ce côté, et par suite de la paralysie du ptérygoïdien externe, la déviation de la

mâchoire à gauche pendant son abaissement. A cette occasion, j'observerai qu'à propos des fonctions des muscles ptérygoïdiens externes on dit ordinairement dans les ouvrages d'anatomie qu'ils ne font que porter l'os maxillaire inférieur en avant. Cependant leur action principale est de concourir puissamment à l'abaissement de cet os, ce qu'ils font en portant les condyles en avant : on peut s'en convaincre en mettant les doigts sur l'articulation temporo-maxillaire, pendant que la mâchoire s'abaisse même légèrement. Or, dans le cas de paralysie de la cinquième paire, comme dans notre observation, le ptérygoïdien externe du côté gauche étant paralysé, le condyle de ce côté reste à sa place, pendant que le muscle correspondant du côté droit, par sa contraction, porte le condyle auquel il s'attache en avant et fait exécuter à l'os maxillaire inférieur un mouvement de latéralité vers le côté gauche, comme sur un pivot, pendant que la mâchoire s'abaisse.

Du côté des organes de la vision, nous voyons que la pupille est dilatée et immobile dans l'œil du côté droit, côté où existait la paralysie de la troisième paire. Cette dilatation de la pupille, dans des cas pareils, est constante chez l'homme, et prouve 1° que la mobilité de l'iris dépend non seulement de l'intégrité de la rétine, mais aussi de celle de la troisième paire, et que l'iris peut être paralysé, la rétine étant intacte; 2° que les nerfs ciliaires longs qui se rendent à l'iris sont formés par les filets que la troisième paire envoie au ganglion optique, et que c'est par l'influence de ces nerfs qu'ont lieu les mouvements de l'iris; 3° enfin, que ce fait est contraire à l'opinion d'Arnold qui admet que l'iris est sous l'influence directe de la rétine par le moyen de la troisième paire de nerfs et du ganglion optique; car, s'il en était ainsi, l'iris n'aurait pas perdu sa mobilité, quand même le tronc du nerf moteur oculaire commun serait malade, pourvu que la rétine, le ganglion optique et les nerfs ciliaires fussent intacts. Mais nous voyons, par ce fait, que la contractilité de l'iris est influencée par le cerveau lui-même, lequel, après avoir perçu les impressions produites sur la rétine, détermine la

contraction ou la dilatation de la pupille selon les degrés de la lumière. Cette dernière opinion a été mise hors de doute par l'expérience de Mayo : ce physiologiste, ayant coupé le nerf optique dans le crâne sur un pigeon, irrita la portion qui communiquait avec l'œil : la pupille ne se rétrécissait point. Mais, lorsqu'il agissait sur la portion du nerf optique unie au cerveau, la pupille se resserrait comme si le nerf était intact.

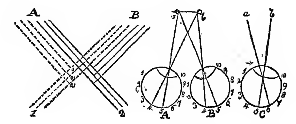
Nous arrivons à un phénomène assez curieux de cette observation, qui se remarque toujours dans les cas de paralysie de la troisième paire, et dans ceux où les axes des yeux ne restent pas parallèles; c'est la diplopie. Il n'y a dans l'organisme qu'un seul exemple où l'action simultanée de deux nerfs homologues ne produit qu'une seule sensation, c'est dans les nerfs optiques. Tous les autres nerfs homologues, quand ils sont mis en action en même temps, déterminent des sensations isolées qui alternent, et non des sensations uniques confondues ensemble.

Ce phénomène ne peut dépendre que de la structure particulière des nerfs optiques. En effet, les organes de la vision offrent les seuls exemples de deux nerfs homologues qui se réunissent intimement après leur origine pour se diviser après leur réunion et se distribuer aux organes correspondants. C'est dans le mode de leur réunion, c'est à dire dans le *chiasma*, que paraît résider la cause de l'unité de la vision. On a expliqué diversement cette réunion ; mais l'explication qui me paraît la plus satisfaisante pour rendre raison de l'unité de la vision dans l'état physiologique et de la diplopie dans le cas de maladie des yeux, est celle que donne M. J. Müller dans sa Physiologie, et qui est une modification de celle qu'a donnée Newton dans ses Questions d'optique, et plus récemment Wollaston.

M. Müller admet que chacune des fibres nerveuses primitives se divise dans le chiasma en deux moitiés qui se rendent chacune à un œil, et y forment sur la rétine un point qui a tout à fait la même sensibilité des deux côtés ; que tous les points correspondants, c'est à dire qui sont formés par les moitiés des

mêmes fibres primitives du nerf, se trouvent au même degré de longitude et de latitude de l'œil.

La première figure ci-jointe représente cette division : les fibres du nerf optique gauche arrivées au chiasma se divisent en deux moitiés dans les points *a a a* ; les unes vont former la moitié interne de la rétine de l'œil droit ; les autres moitiés vont former la moitié externe de la rétine de l'œil gauche, de telle sorte que si l'on mettait un œil dans l'autre, dans leur position naturelle, les points parfaitement semblables se correspondraient.



Or, si maintenant nous supposons deux yeux A et B, tels qu'ils sont représentés ci-dessus dans la deuxième figure à droite, et si nous divisons leurs circonférences en dix parties, en marquant les points qui sont formés par les moitiés de la même fibre avec les mêmes chiffres, nous voyons que, si les deux yeux regardent le même objet *a*—*b*, les rayons du point *a* tomberont dans A au 5, et dans B au 5 aussi ; les rayons du point *b* tomberont dans le premier au 4, et dans le second au 4 : par conséquent l'objet *a*—*b* sera vu dans les deux yeux dans les mêmes points depuis 4 jusqu'à 5, c'est à dire aux points où aboutissent les mêmes fibres; partant l'objet donnera une seule sensation au cerveau. Mais qu'un des deux yeux prenne la direction de C, alors les rayons de *a* tomberont au 6, et ceux de *b* au 5 ; alors l'objet sera vu dans l'œil A, dans les points depuis 4 à 5 ; dans l'œil C dans les points depuis 5 jusqu'à 6, c'est à dire où aboutissent d'autres fibres : alors l'image sera double, parce que les fibres qui forment les points de la rétine prennent naissance

dans différents endroits du cerveau. Cette théorie de la division des nerfs optiques dans le chiasma, bien qu'elle ne réponde pas à toutes les objections, explique d'une manière très satisfaisante divers phénomènes de la vision.

Quant à la plus grande distance de l'image que la malade percevait de l'œil droit, dont la pupille, comme nous avons dit, était dilatée, elle paraît tenir justement à cette dilatation de la prunelle; car nous savons que plus on regarde un objet éloigné, plus la pupille se dilate.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, ET PRINCIPALEMENT SUR LA DÉTERMINATION DE SES CARACTÈRES ANATOMIQUES ESSENTIELS.

Par M. VALLEIX, *médecin du bureau central des hôpitaux.*

Depuis plusieurs mois un très grand nombre de fièvres typhoïdes se sont montrées dans Paris. Il serait difficile de dire, dès à présent, de combien ce nombre a surpassé celui qu'on avait coutume d'observer, les années précédentes, dans le même espace de temps; mais, à coup sûr, c'est rester au dessous de la vérité que d'en fixer l'excédant à plus du triple. C'est en quelque sorte une petite épidémie. Tout porte à croire que de ce grand nombre de faits soumis à l'observation il va sortir plusieurs travaux intéressants et utiles, surtout sous le point de vue thérapeutique. On aura pu, en effet, mettre en usage, avec une assez grande identité de toutes les circonstances importantes, les diverses modifications préconisées dans ces derniers temps. Aussi nous proposons-nous, dès que les documents suffisants auront paru, d'en donner une analyse exacte, et de rechercher avec soin si cette grande question thérapeutique est enfin résolue.

Mais avant de se demander si tel ou tel remède agit avec plus ou moins d'efficacité contre telle ou telle affection, on doit préalablement se poser la question suivante : Quels sont les caractères distinctifs de cette affection ? Qu'est-elle, et que n'est-elle pas ? Si l'on veut résoudre ce problème posé par Pitcairn : une maladie étant donnée, trouver le remède qui la guérit ou qui lui apporte quelques modifications favorables, il est évident que la détermination exacte de la première proposition est l'opération qu'il importe de faire la première. Prétendre le contraire, ce serait prétendre qu'on peut faire de la thérapeutique rigoureuse, sans savoir positivement quelle est la maladie qu'on a à traiter. Que dirait-on du chimiste qui, voulant démontrer l'action d'un corps sur un autre, ne serait pas certain qu'il agit sur le corps qu'il veut soumettre à son expérience à l'exclusion de tout autre? Le médecin qui voudrait faire de la thérapeutique sans préciser les faits tomberait dans cette faute grossière, qui, il faut pourtant le reconnaître, a été commise un nombre incalculable de fois.

C'est donc pour nous, qui voulons dans peu consacrer un article de revue critique au traitement de la fièvre typhoïde, un véritable devoir que de rechercher dans les divers travaux publiés dans ces dernières années quels sont les caractères distinctifs de cette affection ; de nous assurer si ses caractères anatomiques sont constants; s'ils peuvent manquer quelquefois; s'ils ne varient pas suivant les contrées, comme plusieurs médecins semblent encore le croire. Cette question est de la plus haute importance ; car, si elle était résolue affirmativement, les différences qui existent entre la fièvre typhoïde et le typhus anglais et américain deviendraient infiniment moins grandes, et l'on pourrait se croire autorisé à les négliger. On sent dès lors combien la question du traitement changerait de face ; car il faudrait faire entrer en ligne de compte, et comme des fièvres typhoïdes sans lésions intestinales, non seulement les cas isolés qui ont été cités en France, mais encore un nombre très considérable de faits observés par les médecins étrangers.

C'est donc, en définitive, à déterminer, à l'aide des faits

connus, la valeur de la lésion intestinale, que nous devons consacrer cet article. Est-elle ou n'est-elle pas nécessaire pour caractériser la fièvre typhoïde ? Et le traitement dirigé contre une affection qui ne porterait pas ce caractère, devrait-il être considéré comme adressé à une véritable fièvre typhoïde ? Peut-être, en nous entendant ainsi poser ces deux questions, nous reprochera-t-on une tendance trop anatomique ; mais ce reproche n'en est pas un pour nous. Nous n'accordons pas à l'anatomie pathologique plus d'importance qu'elle n'en mérite ; nous pensons que les fonctions peuvent être altérées sans que les organes soient nécessairement altérés dans leur structure ; mais nous pensons aussi que lorsqu'une affection laisse, dans l'immense majorité des cas, des traces anatomiques bien déterminées, il faut y regarder attentivement avant de placer à un rang secondaire ces lésions de tissu, et examiner avec un soin tout particulier les faits cités en opposition à la règle générale, avant de leur donner gain de cause. Voyons donc 1° si, en France, on a réellement trouvé des fièvres typhoïdes sans lésions spéciales des plaques de Peyer ; 2° si le typhus d'Angleterre et d'Amérique est la même maladie que la fièvre typhoïde ; 3° si les lésions anatomiques de cette maladie se trouvent dans d'autres affections.

Quoique les altérations de l'intestin, dans certaines formes de fièvre, aient été passablement indiquées avant la publication de l'ouvrage de MM. Petit et Serre, c'est dans leur traité de la *fièvre entéro-mésentérique* qu'il faut en chercher une description un peu détaillée, quoique très imparfaite encore. Mais l'ouvrage de ces deux médecins, pas plus que la clinique de M. Andral et les leçons de M. Bretonneau, ne peut nous servir pour la solution de cette question ; car, pour eux, la fièvre entéro-mésentérique et la dothinentérite ne constituaient point l'ensemble des fièvres ataxique, adynamique, bilieuse, putride, etc., des fièvres graves, en un mot ; mais c'était une maladie qui pouvait exister concurremment avec les autres espèces de fièvres. Si nous nous autorisions de ce que nous ont fait con-

naître ces praticiens, on pourrait, avec juste raison, nous objecter que peut-être il était passé sous leurs yeux des fièvres graves sans lésions intestinales, et auxquelles, par conséquent, ils n'avaient point donné le nom particulier de la maladie par eux décrite. Passons à des auteurs plus modernes.

C'est assurément un événement à jamais mémorable, dans l'histoire de la médecine, que celui du renversement des fièvres essentielles. Qui eût dit, il y a quelques années, que ces fièvres, si longtemps et si religieusement admises, si bien distinguées les unes des autres, si bien classifiées, dont les symptômes paraissaient si tranchés, seraient un jour, malgré leur apparence extérieure si différente, réunies et confondues dans une seule et unique affection, l'affection typhoïde ! Il était réservé à deux hommes de notre époque d'accomplir cette révolution ; car c'est réellement une révolution médicale. Ces deux hommes sont Broussais et M. Louis. Certes, c'est par des chemins bien différents qu'ils sont arrivés tous les deux au même résultat. Le premier, ne jetant sur les faits qu'un regard superficiel, mais possédant au plus haut degré le talent de systématiser, avait deviné, bien plutôt que reconnu, l'unité de toutes ces fièvres graves, dont la diversité paraissait si bien établie. Il avait fait plus ; il avait compris que toutes ces fièvres étaient dépendantes d'une lésion organique particulière et toujours la même, et cette lésion, il l'avait placée dans l'intestin. Mais là s'arrêta Broussais ; au delà on ne trouve plus dans ce qu'il a écrit sur la gastro-entérite que de graves erreurs, et ce nom seul de gastro-entérite est déjà une erreur aujourd'hui bien démontrée.

M. Louis vint après Broussais; on pourrait croire que la théorie de son prédécesseur a dû beaucoup contribuer à le mettre sur la voie; on se tromperait pourtant beaucoup. Voulant tout soumettre à une observation détaillée, il lui importait peu qu'on eût telle ou telle opinion sur la nature de la maladie ; qu'on plaçât la lésion caractéristique dans l'intestin ou ailleurs, ou même qu'on n'admît pas de lésion caractéristique ; il avait compris qu'à l'étude de tous les symptômes pendant la vie il fallait joindre l'étude de

tous les organes après la mort, et dès lors la vérité devait être le fruit de ses recherches. Aussi, dès que ces recherches parurent, la question, que Broussais, malgré son immense talent de discussion, avait laissée encore indécise, fut-elle définitivement jugée pour tous les bons esprits, et l'on vit que dans toutes ces fièvres, quelle que fût leur forme ou leur gravité, il y avait une seule et même lésion, mais une lésion bien différente de celle qu'avait indiquée Broussais. Dès le moment où cette vérité fut proclamée, et démontrée par un grand nombre de faits, on vit cesser l'incertitude qui depuis plusieurs années régnait sur cette grande question. Qu'on lise, pour s'en convaincre, ce qu'ont écrit avant et après cette époque les auteurs les plus connus, au nombre desquels nous citerons MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Le premier, après avoir défendu la doctrine des fièvres essentielles dans toute sa pureté, se voit forcé par les faits à embrasser une opinion toute contraire. C'est en vain qu'il veut conserver quelques traits de ces anciennes formes auxquelles il a cru si longtemps; la force des choses l'emporte, et dans les observations recueillies sous ses propres yeux, vous voyez clairement la similitude des fièvres bilieuse, ataxique, adynamique, putride, et en un mot de toute la classe des fièvres graves: les diverses formes ne sont plus que de vieux souvenirs. Pour M. Andral, il n'y a plus qu'une entéro-mésentérite; et pour M. Bouillaud, qui, en 1826, avait écrit sur les fièvres dites essentielles, dont il avait fait plusieurs ordres, ayant des symptômes différents et des lésions différentes, il n'y a plus que l'entéro-mésentérite-typhoïde.

Il semble donc que l'accord le plus parfait règne sur ce point, et que la valeur de la lésion intestinale, de l'altération spéciale des glandes de Peyer, est établie sur des bases qu'on n'a point essayé d'ébranler; mais il n'en est rien. Un nombre immense de faits est venu depuis dix ans à l'appui des recherches de M. Louis, et, quand nous disons un nombre immense, nous sommes presque tenté de dire la totalité des faits. Cependant, il faut le reconnaître, il est quelques cas bien rares qui paraissent

faire exception à une règle si générale ; et ce sont ces cas rares qui ont servi de texte à ceux qui pensent que la lésion des plaques de Peyer n'est nullement caractéristique de l'affection typhoïde. Ce sont eux aussi que nous allons d'abord examiner.

Nous commencerons par les observations réunies par M. Andral et citées dans sa Clinique médicale (1). Mais avant de les passer en revue il importe de bien constater quelles sont les idées de cet auteur relativement à la *fièvre typhoïde*, et à ce qu'il appelle l'*état typhoïde*. La fièvre désignée par lui sous le nom d'entérite folliculeuse est proprement la fièvre typhoïde de MM. Louis et Chomel, la gastro-entérite de Broussais, l'entéro-mésentérite-typhoïde de M. Bouillaud; c'est une maladie distincte dans le cadre nosologique, et qui a des symptômes qui lui sont tout-à-fait propres. Mais cette affection a aussi des traits de ressemblance avec un certain nombre de cas des autres affections aiguës; or, ce sont justement les signes qui constituent ces traits de ressemblance qui étaient regardés, avant les recherches récentes, comme la caractérisant, et auxquels, pour cette raison, on avait donné le nom de symptômes typhoïdes. De là vient, n'en doutons pas, cette grande tendance qu'ont encore beaucoup de médecins à regarder comme des affections typhoïdes les phlegmasies aiguës dans lesquelles surviennent, tôt ou tard, la prostration, la stupeur, et surtout, chose singulière, la dureté de la langue et la fuliginosité des dents, qui, malgré leur importance secondaire, ont frappé un certain nombre d'esprits plus que tout autre symptôme. M. Andral ne tombe assurément pas dans cette erreur; mais voulant lier les idées présentes aux anciennes idées, il a conservé un *état typhoïde* qui n'est autre chose que l'ensemble des symptômes dont nous avons indiqué les principaux, survenant dans le cours d'une maladie fébrile. Quelque opinion que l'on puisse avoir sur cette manière d'envisager les faits, on conviendra que, pour la question qui nous occupe, tous les faits cités par M. Andral comme exemple de cet *état typhoïde*, sont en-

(1) Tome I, page 489 et suiv.

tièrement indifférents, car nous n'avons à nous occuper que de l'affection typhoïde elle-même. Nous ne passerons donc en revue que les observations qu'il donne comme des exemples de *fièvre typhoïde* sans lésion intestinale.

Il a d'abord cité une observation de M. Bouillaud et deux de M. Louis, sur lesquelles nous reviendrons plus loin; puis une autre de M. Martinet (1) dont nous allons donner une courte analyse: « Il s'agit d'un garçon de quinze ans, qui, malade depuis vingt-un jours, avait eu de la douleur du ventre, du dévoiement, *un ictère consécutif, et ne s'était nullement plaint de la tête.* Conduit à l'Hôtel-Dieu, il eut du délire le soir même de son entrée; le lendemain il présenta les symptômes suivants :

» Décubitus en supination, affaissement général, assoupissement, *sensibilité diminuée*, rêvasseries, *yeux habituellement fermés; pupille dilatée, immobile; mouvements beaucoup moins libres que dans l'état naturel; le malade peut à peine soulever ses bras, surtout le gauche, qui retombe comme une masse; la paupière droite est demi-paralysée*; la tête un peu douloureuse, la parole lente et pénible, les réponses difficiles et rarement justes; *pouls rare (cinquante-une pulsations)*; chaleur naturelle; langue humide, un peu jaunâtre; bouche fétide; teinte jaune des conjonctives et du corps en général; lèvres fuligineuses; douleur du ventre, n'augmentant pas sensiblement par la pression. »

Tels sont les principaux symptômes présentés par le malade. Si à l'ouverture du sujet on eût trouvé la lésion caractéristique de l'affection typhoïde, on aurait dû nécessairement se dire que c'était un des cas les plus rares et les plus exceptionnels qu'on ait jamais rencontrés. Mais, ne trouvant pas la lésion, que devait-on en conclure, si ce n'est que rien, dans cette observation, ne prouve qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde? Il y a, sans doute, de l'affaissement, de l'assoupissement, des rêvasseries, de la fuliginosité des lèvres; mais tout cela est bien loin de suffire pour servir de

(1) *Cliniq.*, tome I, page 217.

base au diagnostic : tandis que, d'un autre côté, l'on a la marche de la maladie, qui n'est point celle de l'affection typhoïde. Dans les 21 premiers jours, ni céphalalgie, ni frissons, ni épistaxis ; il n'est point fait mention de la faiblesse, et un ictère survient. Dans quel cas de fièvre typhoïde a-t-on vu toutes ces anomalies réunies ? Dans l'état présent, nous trouvons la sensibilité diminuée ; les yeux fermés ; la pupille dilatée, immobile ; la paralysie de la paupière droite et des membres ; la lenteur du pouls. Enfin, pour terminer le tableau, nous n'aurions plus qu'à indiquer ce qui fut observé les jours suivants. On y verrait qu'après une amélioration de 24 heures, telle qu'on en rencontre souvent dans le cours d'une affection cérébrale, tous ces symptômes reviennent, qu'il s'y joint du coma, et que de plus la constipation est constatée.

Au reste, M. Andral lui-même a peine à admettre, dans ce cas, l'existence d'une fièvre typhoïde. Mais, dira-t-on, quelle était donc cette maladie? On n'a trouvé aucune lésion du cerveau, ce n'était donc pas une affection cérébrale, quoiqu'il existât beaucoup de symptômes cérébraux. Mais alors, dirons-nous à notre tour, pourquoi admettre l'existence d'une fièvre typhoïde, puisque non seulement vous ne trouvez pas de lésions intestinales, mais encore vous êtes obligé de reconnaître, outre la présence d'un certain nombre de symptômes étrangers à la fièvre typhoïde, l'absence d'un plus grand nombre encore qui sont regardés par tout le monde comme de la plus haute importance. Ajoutons d'ailleurs que M. Martinet a recueilli cette observation en 1817, à une époque, par conséquent, où l'observation était beaucoup moins exacte qu'elle ne l'est aujourd'hui ; qu'il se contente de dire que le cerveau et ses membranes étaient sains, ainsi que les intestins ; laconisme d'autant plus à regretter qu'en pareille circonstance on ne saurait entrer dans trop de détails.

Quant aux observations fournies par M. Andral lui-même, elles sont assez nombreuses ; voyons si elles sont concluantes.

Sous le titre de *Fièvres continues, liées à d'autres formes d'inflammation gastro-intestinale qu'à l'entérite folliculeuse* (1), il donne huit observations, recueillies presque toutes il y a un grand nombre d'années (1820), et qui sont loin d'être complètes. Dans la première, il s'agit d'un homme qui meurt 24 heures après son entrée à l'hôpital, sans qu'on ait aucun renseignement sur son compte, et pour tout symptôme typhoïde, il a un violent délire ! Que conclure d'une pareille observation ? Notons toutefois qu'on trouva dans l'intestin des plaques rouges peu nombreuses.

Dans le second cas, il est question d'un phthisique qui avant de mourir présente des phénomènes cérébraux : du strabisme, une dilatation de la pupille droite, une paralysie de la paupière supérieure. Est-ce là véritablement une fièvre typhoïde, ou une fièvre continue ?

Le sujet de la troisième observation est un homme de 73 ans, usant avec excès de liqueurs alcooliques, qui fut pris d'abord de tremblement des lèvres, des membres thoraciques et de la langue; puis de délire, de convulsions tétaniques, de trismus, de respiration stertoreuse avec perte de connaissance et violents mouvements convulsifs des membres. — Jusque-là on pourrait hésiter entre un delirium tremens, un tétanos, des convulsions épileptiformes; mais assurément il n'y a rien de la fièvre typhoïde. Il est vrai qu'on nota les deux derniers jours des selles involontaires, des sueurs et des sudamina; mais ce sont là des symptômes qui, isolés ainsi, sont tout à fait insuffisants pour faire admettre l'affection typhoïde.

Dans le quatrième cas, nous trouvons un simple tétanos qu'on est fort surpris de rencontrer parmi les fièvres continues.

Le cinquième est jusqu'à présent celui qui présente le plus grand nombre de symptômes véritablement typhoïdes. Ainsi, céphalalgie et pesanteur de tête au début, étourdissements, tin-

(1) *Bibliothèque médicale*, tom. LXVI.

tements d'oreille, dévoiement; puis délire, appareil fébrile. Cet état se termina brusquement par la mort, au milieu des cris et des efforts musculaires, le quatrième jour de la maladie; terminaison fort rare assurément. Quoi qu'il en soit, la marche de l'affection est en faveur de la fièvre typhoïde : mais aussi on trouva dans le *dernier tiers de l'intestin grêle de nombreuses taches rouges*. Il est vrai que d'après M. Andral la muqueuse ne paraissait ni plus dense, ni plus molle, ni plus épaisse; mais en quel état était le tissu sous-muqueux ? Il n'en est rien dit. Il est vrai aussi qu'il n'est point fait mention des plaques de Peyer; mais c'est précisément parce qu'il n'en est pas fait mention que nous sommes dans le doute sur le siége de ces taches. Nous prévoyons ici une objection. On ne manquera pas de nous dire : « Mais si les taches eussent été sur les plaques, l'observation l'indiquerait. » — Nous ne saurions accepter cette explication. Si M. Andral eût non pas précisé, mais seulement indiqué le siége des taches, nous serions tout à fait portés à l'en croire sur parole; mais en fait d'observation, et surtout quand il s'agit d'une lésion aussi importante que celle qui caractérise une maladie, on ne doit accepter comme positif que ce qui est positivement dit par l'auteur. Nous connaissons trop les omissions que peut faire l'esprit, même le plus attentif, pour agir autrement. Ainsi donc, à cette question : où siégeaient les taches rouges, il n'y a pas de réponse possible. Et cela est d'autant plus fâcheux, qu'une simple rougeur, existant le *quatrième jour* sur les plaques et *rien que sur les plaques*, serait sans doute regardée comme d'une importance majeure, si son siége eût été réellement fixé dans ce point isolé.

Dans la sixième observation, nous trouvons des motifs de doute de plusieurs espèces. 1° Il s'agit d'un sujet dont la maladie remontait déjà à 15 jours, et sur le compte duquel on ne peut avoir aucun renseignement; 2° il y eut une éruption de taches rouges, dont la description fort incomplète ne se rapporte pas parfaitement à l'éruption typhoïde; c'étaient, en effet, des taches rosées, ayant d'une demi-ligne à *trois lignes* de diamètre,

fort abondantes sur la poitrine, le ventre, les membres supérieurs et inférieurs, *qui devinrent plus confluentes le lendemain*, et qui deux jours plus tard pâlirent *toutes ensemble*; 3° enfin, le tiers inférieur de l'intestin grêle était d'une rougeur livide et fortement contracté. Or, pour ceux qui ont l'habitude de l'anatomie pathologique, ce peu de mots n'indique pas suffisamment que toute l'attention désirable ait été apportée dans l'examen de l'intestin. On sait que dans les cas où cet organe est livide et rétracté, les lésions des plaques demandent un soin assez grand pour être découvertes; en sorte qu'en supposant même l'existence de la fièvre typhoïde, il ne serait pas prouvé que les lésions qui la caractérisent n'existaient pas.

Enfin, dans les deux derniers cas, nous voyons des exemples de pneumonie, dont la présence suffit pour expliquer le mouvement fébrile et, par suite, les symptômes auxquels on donne le nom de symptômes typhoïdes, et qui n'appartiennent pas plus à l'affection typhoïde qu'à plusieurs autres affections fébriles.

En résumé donc, sur huit cas, il n'y en a que deux dans lesquels on peut soupçonner l'existence de la maladie qui nous occupe, et ce sont précisément ceux qui offrent, à la fin de l'intestin grêle, des lésions beaucoup trop imparfaitement décrites. On ne peut donc raisonnablement faire usage de ces faits pour prouver que la fièvre typhoïde peut exister sans lésions des plaques de Peyer, et nous insistons sur ce point, parce que l'on s'est appuyé souvent sur ces observations pour soutenir cette manière de voir. Si M. Andral eût été moins préoccupé de cet *état typhoïde*, qu'on retrouve dans tant de maladies diverses, et qui, selon nous, ne mérite pas d'être considéré à part dans un ouvrage de clinique, il aurait laissé les tétanos, les phthisies, les varioles, etc., dans les chapitres où il traite de ces maladies, et toute confusion eût disparu. C'est un exemple d'une idée trop générale nuisant à l'exposition des faits particuliers.

Dans un autre article ayant pour titre : *Symptômes typhoïdes sans lésions appréciables par l'anatomie*, M. Andral rapporte trois observations dont nous devons tout d'abord éliminer

les deux premières ; car voici de quelle manière ils sont appréciés par l'auteur lui-même (1) : « Les différents cas que nous avons cités dans ce paragraphe étaient relatifs à une maladie qui avait une marche rapide, une durée fort courte, et dans laquelle les symptômes ataxiques et adynamiques se montraient dès le début et comme d'emblée. *Ces maladies n'ont plus la physionomie de celles qui ont été désignées par MM. Chomel et Louis sous le nom de fièvres typhoïdes.* »

Le troisième fait (2) est beaucoup plus important ; car, ainsi que l'auteur le fait remarquer, non seulement les symptômes, mais encore la marche de la maladie, paraissent se rapporter à l'affection typhoïde. L'âge du sujet (dix-neuf ans), son arrivée récente à Paris, sont des circonstances étiologiques favorables à cette opinion. Dans les premiers jours, la maladie présentait quelques doutes ; mais elle se dessina mieux plus tard, et l'on trouva chez ce malade, non plus seulement la prostration, mais le délire et la fuliginosité des dents, mais encore la diarrhée, le ballonnement du ventre, la douleur dans la région de la rate, les épistaxis.

Nous ne reprocherons pas à l'auteur d'avoir négligé quelques autres symptômes qui n'étaient pas sans importance, et nous reconnaîtrons avec lui que la physionomie de cette affection est celle de l'affection typhoïde. Or, on ne trouva à l'ouverture du corps qu'un ramollissement de la rate, et pas d'autre lésion, quoique les recherches fussent faites avec beaucoup d'exactitude. Voilà donc le premier fait que nous puissions rigoureusement admettre, et le seul qui puisse être réellement regardé comme constituant une exception. Ainsi, dans le nombre considérable des observations recueillies par M. Andral, nous n'en trouvons qu'une qui soit de nature à être opposée à ceux qui regardent la lésion spéciale des plaques de Peyer comme caractéristique.

(1) *Cliniq.*, tome I, page 313.
(2) *Ibid.*, page 314.

C'est maintenant dans l'ouvrage de M. Louis lui-même qu'il nous faut chercher des faits analogues. L'article consacré aux cas que cet observateur a appelés affections typhoïdes simulées contient trois observations dans lesquelles on retrouve un bon nombre de symptômes typhoïdes. Mais, d'abord, les deux premiers présentaient une lésion qui paraissait avoir été le point de départ de tous les accidents; ensuite dans un cas il avait manqué le météorisme, les taches roses lenticulaires, les sudamina, les épistaxis; et, dans l'autre, de tous ces symptômes le météorisme fut le seul qui se montra. Il faut voir chez ces deux malades une simple phlegmasie, accompagnée de ce cortége de symptômes auquel M. Andral a donné le nom d'état typhoïde, et qui se rencontre dans des cas très divers. Ces réflexions ne sauraient s'appliquer à la troisième observation, dans laquelle tous les symptômes se rapportaient si bien à la fièvre typhoïde, qu'on devait nécessairement s'attendre à en trouver les traces dans la lésion des follicules agminés; cependant ceux-ci étaient parfaitement sains. M. Louis fait remarquer, il est vrai, que le sujet n'était mort que le cinquante-troisième jour, et que, chez un enfant (le sujet n'avait que 14 ans), l'altération avait pu disparaître plus promptement que chez les adultes, dont les plaques offraient encore des lésions à une époque aussi avancée de la maladie; mais ce n'est là qu'une probabilité qui ne saurait nous suffire, et nous ajouterons ce cas à celui de M. Andral.

C'est dans son ouvrage sur les *fièvres dites essentielles* que M. Bouillaud aurait, suivant M. Andral, cité plusieurs exemples de fièvres adynamiques ou ataxiques « dans lesquelles le tube digestif n'avait présenté, après la mort, aucune espèce de lésion appréciable ». Mais notons d'abord que c'est du point de vue où il s'est placé que M. Andral a jugé les observations de M. Bouillaud. Ces fièvres adynamiques et ataxiques ne sont autre chose que des maladies très diverses, accompagnées de ce que M. Andral appelle l'état typhoïde. M. Bouillaud, qui, à l'époque où il écrivit le Traité des fièvres essentielles, émettait des

idées tout-à-fait semblables à celles que nous avons trouvées dans la Clinique de M. Andral, a rassemblé, dans son traité, un nombre considérable d'observations, parmi lesquelles on en trouve beaucoup qui méritent le nom de fièvre, mais parmi lesquelles aussi on en voit qui se rattachent à une phlébite, à un érysipèle gangréneux, etc.; et on voit clairement qu'il n'établissait aucune démarcation entre ces dernières affections et de véritables fièvres typhoïdes qu'il réunissait sous le nom de fièvre adynamique. Il n'est donc pas étonnant que, dans un certain nombre de cas, il n'ait pas trouvé la lésion spéciale des plaques de Peyer. Tout dépend ici de la classification nosographique.

Ajoutons que la manière de voir de M. Bouillaud s'est évidemment modifiée dans ces dernières années. De toutes les formes que cet auteur avait admises dans son premier ouvrage, on n'en trouve plus dans sa Clinique médicale de la Charité que deux auxquelles il paraisse attacher quelque importance, c'est la gastro-duodénite, ou la fièvre bilieuse, et l'entéro-mésentérite, ou la fièvre typhoïde proprement dite. Ce n'est pas ici le lieu de nous expliquer sur la fièvre bilieuse, ou gastro-duodénite; remarquons seulement que les phlébites, les érysipèles, ont disparu. Aussi, depuis cette époque, la fièvre typhoïde ou l'entéro-mésentérite-typhoïde, la maladie en un mot dont nous parlons, a-t-elle toujours présenté à M. Bouillaud l'altération caractéristique des follicules.

De ce qui précède nous pouvons déjà tirer une conclusion importante. Si l'on regarde en effet, ainsi qu'on doit le faire, la fièvre typhoïde comme entièrement distincte des autres maladies, et si l'on rejette des considérations beaucoup trop générales et propres seulement à replonger la pyrétologie dans la confusion d'où elle est sortie il y a quelques années, de tous les cas précédemment cités on n'en admettra que deux comme exemples *probables* d'affection typhoïde sans lésion : l'un appartenant à M. Andral, et l'autre à M. Louis lui-même. Un très petit nombre d'autres faits ont été publiés, dans le but de démontrer l'absence des lésions intestinales dans l'affection

typhoïde; mais l'histoire n'en est pas assez détaillée pour qu'on puisse les examiner convenablement, et de cela même qu'ils échappent à toute critique par leur défaut d'explications suffisantes, il s'ensuit qu'ils perdent toute valeur.

Mais qu'il n'y ait qu'un très petit nombre de faits propres à prouver que la lésion anatomique de la fièvre typhoïde n'est pas constante, ou qu'il y en ait beaucoup, cela ne change rien à la question, aux yeux de certains pathologistes; la lésion a pu manquer dans deux cas, elle pourra manquer dans dix et dans cent; ce n'est qu'une question de quantité; telle est leur argumentation. Avant de se rendre à cette manière de raisonner, il faut voir si l'on doit nécessairement ranger les deux cas en question dans les fièvres typhoïdes.

Ici nous trouvons en présence deux médecins d'opinion opposée, MM. Louis et Dalmas. M. Louis, après avoir présenté son observation à laquelle il donne le titre d'*Affection typhoïde simulée*, et après s'être demandé en vain si les plaques de Peyer avaient été ou non altérées, ajoute : « Quoi qu'il en soit, quand le problème dont il s'agit serait résolu négativement, quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la certitude des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, et ne prouverait nullement qu'elle est indépendante de l'altération des cryptes agminées de Peyer. N'a-t-on jamais vu, dans le jeune âge surtout (le sujet de l'observation n'avait que 14 ans), une affection en simuler une autre presque parfaitement? Et pourquoi n'arriverait-il pas dans l'affection typhoïde ce qui arrive dans d'autres maladies? Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trouvait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet a éprouvé une péripneumonie; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée; on n'en conclurait rien contre les caractères anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement; sans

quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison. »

M. Dalmas est bien loin de partager cette manière de voir. Voici comment il s'exprime à ce sujet (1) : « Le nœud tout entier de cette question est dans les trois observations (nous avons vu qu'une seule est restée après examen) que M. Louis rapporte avec une bonne foi qu'on ne saurait trop louer, mais qu'il donne pour des affections typhoïdes simulées. Pour nous ce sont des affections typhoïdes légitimes. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines; mais, à notre avis, il arguë de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si, dans le groupe des symptômes appelés fièvre typhoïde, etc., il y a une lésion constante ; et lorsque la lésion qui s'est montrée le plus souvent vient à manquer, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est point constante, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de fièvre typhoïde, et cela parce que ce que vous appelez l'altération caractéristique manque ; mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas : nous croyons que cette manière de raisonner n'est pas rigoureuse. »

Quelque spécieuse que soit l'argumentation de M. Dalmas, nous ne pouvons entièrement nous y rendre. Si M. Louis n'avait pas pris la précaution d'établir sur un grand nombre de faits la valeur caractéristique de la lésion des plaques, avant de se décider à regarder le malade en question comme non atteint d'une véritable fièvre typhoïde; s'il s'était seulement borné à donner à cette lésion le nom de caractéristique, l'objection de M. Dalmas serait irréfutable. Mais M. Louis a fait tout le contraire, et c'est après avoir démontré la constance de la lésion, que, ne la trouvant pas dans un cas isolé, il a pensé qu'il avait été trompé par les apparences. Or, c'est ce qu'on fait tous les jours en pathologie. On croit avoir observé tous les symptômes du croup ; on a été même sur le point de pratiquer la trachéo-

(1) *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, t. I, page 599.

tomie, comme le fait a eu lieu de la part de praticiens très exercés : le sujet meurt, il n'y a pas de fausses membranes. Que dit-on alors? qu'il y avait croup sans fausse membrane? Non, certainement; mais que le croup a été simulé par une laryngite spasmodique striduleuse, et qu'il y a pseudo-croup; en un mot, que le diagnostic a été erroné. N'en fait-on pas de même pour l'ensemble des symptômes de la méningite, à la suite desquels on n'a pas trouvé l'inflammation des méninges? En chirurgie, ne cite-t-on pas des cas dans lesquels tous les symptômes rationnels d'un calcul existant, et même les signes sensibles, entre autres le choc de la sonde contre un corps résistant, on a taillé les malades sans trouver de pierre? Quelle conclusion en a-t-on tirée? Que, dans certaines circonstances, les hommes les plus habiles sont nécessairement induits en erreur. Toute autre conclusion eût été inadmissible. Cette manière de raisonner est donc généralement admise pour toutes les maladies dans lesquelles le rapport intime entre l'altération organique et les symptômes a été mis hors de doute, et tel nous semble être le cas de la fièvre typhoïde après tous les travaux modernes.

Les faits ultérieurs sont d'ailleurs venus prouver que la manière dont M. Louis a interprété cette espèce d'anomalie est la bonne. Dix ans se sont passés depuis l'époque où M. Dalmas a élevé ses doutes, et depuis dix ans, malgré le nombre immense de fièvres typhoïdes dans lesquelles on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a guère entendu parler de ces faits exceptionnels; MM. Louis, Chomel, Bouillaud, n'en ont pas trouvé un seul. Est-il raisonnable d'admettre que si la fièvre typhoïde pouvait exister en l'absence de l'altération spéciale des follicules, on pût traverser un si grand nombre d'années sans que de tous côtés il arrivât de nombreux démentis aux résultats obtenus par M. Louis. De nos jours, les praticiens ont appris à mieux distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles, et de là vient, sans doute, que la constance de ses *lésions* ne se dément plus comme autrefois.

Poursuivant ses objections, M. Dalmas ajoute : « Vous dites

que si l'on observait tous les symptômes de la péripneumonie aiguë sur un sujet, et qu'à l'ouverture du cadavre on trouvât le poumon sain, on dirait qu'il y avait péripneumonie simulée ; je crois, moi, qu'il faudrait dire que, dans ce que nous appelons péripneumonie, les signes sur lesquels nous nous fondons pour dire que le poumon est malade sont faux. »

Nous pensons que M. Dalmas va beaucoup trop loin. Prenons un exemple, non pas dans les suppositions, mais dans la réalité, dans ce qui a été observé et bien observé. On trouve dans la *Presse médicale* (1837) une observation de M. Grisolle, dans laquelle tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale sont clairement réunis. Dans la même année, un fait absolument semblable fut observé dans le service de M. Louis à la Pitié; l'hémiplégie dura jusqu'à la mort; et à l'ouverture des cadavres, on eut beau chercher dans les plus petites portions du cerveau, on ne trouva absolument aucune lésion appréciable, pas plus que dans les membranes. Faut-il en conclure que les signes de l'hémorrhagie cérébrale sont faux ? Cette pensée ne viendra à l'esprit de personne. On dira seulement que dans ces cas, comme dans les affections typhoïdes simulées, les apparences ont été tout à fait trompeuses, et l'on redoublera d'attention dans l'observation des malades, pour chercher quelque signe caché propre à faire éviter l'erreur.

En voilà assez, à notre avis, pour démontrer qu'en France, à moins que de nouveaux faits ne viennent contredire les anciens, la lésion spéciale des glandes de Peyer doit être regardée comme constante et caractéristique dans l'affection typhoïde ; et que, dans l'appréciation du traitement, on ne doit en aucune manière faire entrer les cas dans lesquels on trouve d'autres lésions, telles que phlébite, érysipèle phlegmoneux, etc., qui rendent à elles seules compte du mouvement fébrile et de l'état ataxique ou adynamique survenu dans son cours. C'est à la marche de la maladie que le praticien doit surtout demander es plus vives lumières.

Mais si, en France, on a trouvé un nombre excessivement

faible de cas dans lesquels quelques médecins peuvent avoir vu des fièvres graves, sans lésion intestinale, il n'en a pas été de même en Angleterre et en Amérique. Les faits qui ont été observés dans ces deux pays ont été trop souvent cités par ceux qui n'admettent pas la constance de la lésion typhoïque pour que nous les passions sous silence ; et comme le sujet est très important, nous voulons lui donner tous les développements convenables. Nous ferons donc dans le prochain numéro une revue générale de ce qui a été écrit de plus positif sur le *typhus fever* depuis que la fièvre typhoïde est bien connue, et nous verrons si on doit les regarder comme une seule et même maladie, ou comme deux affections bien distinctes.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie pathologique.

Phlébite et résorption purulente (*Nouvelle doctrine*); par P. Tessier. — L'accident le plus funeste qui puisse survenir après les grandes opérations chirurgicales est ce cortége particulier de symptômes connus sous le nom de phlébite et de résorption purulente. Deux doctrines règnent aujourd'hui sur son essence et sa nature. M. Tessier, dans une suite de mémoires, vient d'en ajouter une troisième dont nous allons rendre compte. Avant d'exposer sa propre théorie il commence par battre en brèche celles de ses prédécesseurs. Commençons par cette partie de son travail.

1° Les *doctrines actuelles* reconnaissent toutes deux pour point de départ de la maladie le pus qui est excrété à la surface d'une plaie quelconque. 2° Toutes deux admettent l'altération du sang par son mélange avec le pus. 3° Mais pour l'un ce mélange est direct, pour l'autre il est consécutif à l'absorption du pus. Or notre auteur pose une première proposition qui est la négation formelle de ces deux doctrines. Pour lui le mélange direct du sang et du pus est impossible, parce qu'à toutes les époques de l'inflammation veineuse ce dernier liquide est exactement séquestré dans le canal de la veine par des caillots et des fausses membranes.

Dance, dans les faits publiés en 1828 dans ce journal sur la phlébite utérine, a admis comme chose démontrée ce mélange direct. Or M. Tessier prend neuf des autopsies rapportées par Dance et cherche à prouver, d'après ce dernier auteur lui-même, que toujours le pus contenu dans la plupart des veines enflammées était limité de tous côtés. Dans la majeure partie de ces cas les veines utérines étaient à la vérité pleines de pus liquide; mais Dance, qui se contentait de les ouvrir par une section transversale, ne s'est pas inquiété de leur oblitération. Ces faits sont donc très incomplets, et s'ils ne peuvent servir à étayer l'opinion de Dance, ils ne peuvent non plus servir à la renverser.

M. Tessier oppose les mêmes objections aux observations du professeur Cruveilhier, et montre qu'aux trois périodes que ce médecin a justement données à la phlébite, le pus ne peut avoir aucune com-

munication avec le sang. L'exacte délimitation de ce liquide si pernicieux par son mélange avec le sang une fois démontrée pour lui, M. Tessier pose sa deuxième proposition, que même avec l'existence de ce mélange il est impossible de se rendre compte de la marche et des lésions de la fièvre purulente. Pour arriver à la démonstration de cette idée, il rappelle Dance écrivant d'un côté que le pus précède dans les veines les fausses membranes; et d'un autre, que des trois périodes de la phlébite la troisième seule annonce le mélange des deux liquides. C'était en quelque sorte nier le mélange au moment où il est le plus facile, et l'admettre quand il devenait impossible. Les faits nombreux de phlébites superficielles dans lesquels des phénomènes locaux d'une médiocre intensité coïncident dès le début avec les symptômes généraux les plus formidables, ceux non moins nombreux où la mort n'est expliquée par aucune trace de suppuration, eussent fourni d'aussi bonnes preuves à M. Tessier que les contradictions de Dance. D'ailleurs M. Tessier avoue que dans quelques circonstances le microscope a pu découvrir dans le sang des globules de pus; suivant lui, la rareté même de ce phénomène montre qu'il n'est point lié à l'essence de la maladie, et que ce n'est point le pus en circulation qui va, se déposant tantôt dans un point et tantôt dans un autre, former ces suppurations métastatiques qui sont un des phénomènes dominants, soit qu'il agisse comme irritant des tissus où il se dépose, soit qu'il se dépose en nature même. Nous verrons plus bas l'origine que M. Tessier assigne à ce pus.

L'exposition des théories de l'auteur suit cette critique, il cherche à rétablir sur de nouveaux fondements l'édifice qu'il vient de démolir. C'est sans contredit la partie la plus intéressante de son travail.

Toutes les fois que dans l'économie, hors les cas d'inflammation franche et spécifique, il se forme des points de suppuration uniques, disséminés ou multiples, avec ou sans accompagnement de symptômes généraux, on peut dire avec certitude qu'il y a diathèse purulente. M. Tessier la définit une modification de l'organisme caractérisée par une tendance à la suppuration dans les solides et les liquides coagulables de l'économie. Dans ce nouveau genre pathologique, l'auteur établit trois espèces : 1° la fièvre purulente, 2° les phlegmasies purulentes, 3° l'état purulent.

1° La *fièvre purulente* comprend les cas nombreux de symptômes fébriles attribués à la troisième période de la phlébite, que ces symptômes soient ou non accompagnés de suppuration, ce qui est le plus ordinaire. Le sang dans cette maladie peut se transformer en pus, généralement ou partiellement, dans les vaisseaux sanguins, dans

les tissus ou les parenchymes. La mort peut arriver avant cette transformation ; de là ces observations de symptômes de fièvre purulente sans aucune trace de suppuration à l'autopsie. Ici apparaît la scission nette et tranchée de la doctrine de M. Tessier et de celles qui l'ont précédée. Pour lui ces suppurations métastatiques, qui pour d'autres sont engendrées par le pus d'une phlébite circulant avec le sang, ou celui d'une plaie transportée par l'absorption, deviennent des phénomènes sans liaison avec le pus des phlébites ou des plaies. Tout le sang est d'emblée altéré, et il appelle cette altération une tendance à la suppuration, et cette tendance reconnaît pour cause principale l'entassement des malades opérés. Si à l'autopsie des sujets qui ont présenté pendant la vie la fièvre purulente on ne retrouve aucune trace de suppuration, M. Tessier décrit une altération particulière de ce liquide qu'il regarde comme un acheminement à la suppuration, état dont nous parlerons tout à l'heure.

Les lésions de la fièvre purulente sont nombreuses, variées; de leur parfait accord avec les troubles observés pendant la vie, de leur véritable interprétation dépend la connaissance intime de la maladie. La phlébite est une des lésions les plus fréquentes, M. Tessier blâme les auteurs qui en ont fait le caractère anatomique de la fièvre purulente. Cette lésion n'est pas constante, on ne la rencontrerait suivant lui que dans un peu plus de la moitié des cas; il l'a étudiée avec beaucoup de soin, et c'est surtout dans la description que M. Tessier s'est efforcé d'établir sa proposition de l'impossibilité du passage du pus dans le sang, et son idée de la transformation du sang en pus sous l'influence d'une tendance particulière. Nous ne pouvons suivre tous les détails intéressants qui ne nous ont pas convaincus, mais qui sont présentés avec beaucoup de talent et de logique.

Parmi les lésions du tissu cellulaire dans la fièvre purulente l'auteur fait rentrer cette terrible maladie décrite par Duncan jeune, et depuis par Dupuytren, sous le nom d'érysipèle phlegmoneux. Déjà plusieurs auteurs avaient reconnu à ce fléau des opérés un cachet particulier. La phlegmasia alba-dolens est encore une de ces lésions du tissu cellulaire, mais habituellement compliquée de phlébite ou de lymphite. L'altération des os fournit à l'auteur l'occasion de faire une profession de foi sur la structure du tissu osseux. Il combat ceux qui regardent toutes les cellules des os comme destinées à loger des veines. La circulation des os ne diffère point de la circulation ordinaire, et la suppuration qu'on y rencontre appartient au tissu médullaire. Elle est la cause de nécrose, et les séquestres nécrosés

séjournant dans le pus lui communiquent quelques unes des propriétés des eaux de macération. C'est plutôt par les qualités délétères que les séquestres impriment à ce liquide que par la phlébite que les altérations des os sont dangereuses. Cette opinion n'est étayée d'aucun fait. M. Tessier indique fort bien les altérations de la peau, l'ictère, la teinte ictérique, les plaques gangréneuses, les pustules ombiliquées ou non (c'est à tort qu'il dit qu'elles ne le sont jamais; nous les avons vues à cause de cette particularité confondues avec les pustules varioliques), les bulles purulentes et les abcès sous-cutanés.

Outre ces altérations du sang propres à la phlébite et sur lesquelles nous avons brièvement exposé les idées de l'auteur, il en est une nouvelle qu'il signale, et qui est tout à fait indépendante de l'inflammation du tissu veineux. C'est dans cette altération qu'il a vu un acheminement à la transformation purulente. Une substance jaune particulière dissoute habituellement dans la sérosité, ou infiltrée dans la fibrine coagulée, en forme le principal élément. Au microscope cette substance offre les granulations irrégulières et opaques du pus. Nous ferons remarquer en passant que M. Tessier, qui indique l'opinion de plusieurs médecins, et de M. Gendrin surtout, pour appuyer son idée de transformation du sang en pus, n'a pas tenu compte des conditions que ce dernier médecin exige pour cette transformation, savoir, l'inflammation préalable des parois qui contiennent le sang. Nous apercevons de plus une contradiction dans les doctrines de M. Tessier: pour lui la transformation purulente manquant souvent, on ne peut rattacher la fièvre du même nom à unc altération du sang; cela serait vrai pour une altération telle qu'on l'entendait avant lui, mais sa définition même de la diathèse purulente entraîne l'idée d'une altération quelconque, puisqu'elle n'est caractérisée que par la tendance du sang à se transformer en pus. Nous avons remarqué, au milieu des observations citées à l'appui des idées de l'auteur, une très belle observation d'altération générale du sang artériel et veineux, empruntée à M. Duplay et déjà publiée.

2° *Phlegmasies purulentes*. Cette deuxième manifestation de la diathèse purulente ne diffère de la première que par les caractères de la suppuration qui est ici plus étendue, mais bornée à un seul organe, et quelquefois même en occupe plusieurs parties. Le même cortége de symptômes, mais moins intenses, accompagne ces phlegmasies; on voit que cet état touche de bien près aux phlegmasies franches des organes, et de l'aveu même de M. Tessier, rien de plus facile que de les confondre. Le type continu de la fièvre, les

frissons, les faiblesses générales, la teinte livide de la peau, ne suffisent point pour les distinguer des phlegmasies franches des organes terminés par suppuration, dans lesquels tous ces symptômes se rencontrent souvent. Pour exprimer toute notre pensée, nous dirons que dans cette partie de son travail, M. Tessier a porté une main hardie dans la pathologie sans être suffisamment appuyé par les faits qu'il cite pour justifier son audace. L'idée que les phlegmasies locales purulentes qui arrivent après les grandes opérations, les couches, ou même idiopathiquement, sont liées à une diathèse purulente, jouerait avec la vérité de son côté un trop grand rôle dans la pathologie pour qu'on ne se montre pas très sévère sur l'appréciation des faits qui auront servi à la démontrer. Mais les observations de M. Tessier, fort intéressantes et instructives par elles-mêmes, se prêtent mal au cadre dans lequel il a voulu les ranger; nous citerons surtout la première et la deuxième de celles qui ont trait aux phlegmasies purulentes.

3° *L'état purulent*, troisième manifestation de la diathèse, est caractérisé par des suppurations apyrétiques qui apparaissent chez certains individus en différents endroits du corps, tantôt sans cause appréciable, tantôt sous l'influence des moindres causes. Presque tous les auteurs ont signalé cette singulière facilité à produire du pus, et l'ont en général rattachée à la suppression de quelques sécrétions normales ou pathologiques.

Passant à l'étude des circonstances au milieu desquelles se développe le plus souvent la fièvre purulente, M. Tessier range au premier chef l'état traumatique, l'état nerveux qui suit les violences mécaniques, la fièvre puerpérale dont on aurait fait à tort une phlébite utérine. Celle-ci est un phénomène de fièvre purulente compliquant la fièvre puerpérale. De toutes les périodes, les diverses affections fébriles peuvent se compliquer de diathèse purulente. Si celle-ci passe le plus souvent inaperçue, M. Tessier l'attribue aux dénominations vagues de typhoïde, adynamique, ataxique, données aux fièvres, et qui permettent aux médecins d'expliquer par elles l'irrégularité des symptômes de ces maladies. La diathèse purulente peut encore servir de crise aux affections fébriles, crise qui a pour théâtre la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané sous forme d'abcès ou de bulles.

Enfin la fièvre purulente peut être idiopathique, et à cet état elle serait commune dans nos hôpitaux où elle serait toujours méconnue. M. Tessier soupçonne que c'est une des principales causes de la différence de gravité des maladies traitées en ville et dans les hôpitaux. Peut-être que, dans quelques circonstances, elle pourra se

propager par voie d'infection. Les trois faits observés par l'auteur en septembre 1836, à l'Hôtel-Dieu, nous paraissent peu concluants à cet égard, et les onze observations du docteur Tarozzi, qu'il emprunte au mémoire de M. Rayer sur la morve, n'éclairent guère cette question. De la systématisation, M. Tessier descend aux applications pratiques. La plus capitale, celle qui a fait le but de son mémoire, est la nécessité d'isoler les malades affectés de fièvres traumatiques et puerpérales, seul moyen de les arracher au terrible fléau, fièvre purulente pour lui, phlébite et résorption purulente pour d'autres, qui les moissonne en si grand nombre. Cette grande mesure d'isolement, dernier terme des précautions hygiéniques qu'attendent encore les hôpitaux, est à désirer et pour l'humanité et pour la science, qui pourra ainsi étudier des faits plus dégagés d'influences étrangères; et nous félicitons M. Tessier d'avoir été le premier qui en ait réclamé l'exécution et ait cherché à en démontrer la nécessité. Son travail est loin d'avoir d'ailleurs ce seul mérite; il a soulevé des questions de pathologie graves et neuves, qui appellent la discussion et surtout une rigoureuse observation. (*L'Expérience*, 1838. Numéros 35, 43, 48, 50, 59, 60, 62.)

Pathologie et Thérapeutique médicales.

EMPHYSÈME GÉNÉRAL, SURVENU A LA SUITE D'UN VIOLENT ACCÈS DE TOUX. — Le docteur Hicks fut appelé, le 31 mars 1837, près d'un enfant de dix mois attaqué, depuis déjà assez longtemps, d'une toux *nerveuse* et *périodique* qui avait résisté à plusieurs traitements. Le 30 il se manifesta des symptômes cérébraux (convulsions, strabisme), mais ils disparurent spontanément le lendemain. Le 2 avril, l'enfant eut deux ou trois accès de toux excessivement violents, pendant l'un desquels il survint tout à coup un emphysème du cou, de la poitrine et du ventre. L'enfant mourut le lendemain.

A l'autopsie on sent une crépitation manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc et de la portion supérieure des cuisses; après avoir enlevé le sternum et les côtes, on trouve une grande quantité d'air épanché dans le tissu cellulaire de la poitrine et du médiastin antérieur. En insufflant les poumons avec précaution, on vit l'air s'échapper dessous la plèvre, au niveau de la racine du lobe supérieur du poumon droit. Les poumons étaient diminués de volume, le droit emphysémateux, et tous deux remplis de tubercules. (*Medic. surg. Review*. Ap. 1837.)

D'après cette observation si incomplétement recueillie, il paraît que, la plèvre pulmonaire étant restée intacte, il n'y eut point de

pneumo-thorax, et que l'air s'infiltra simplement dans le tissu cellulaire sous-séreux d'abord, puis successivement dans celui du tronc et des membres inférieurs. Mais par quelle voie l'air péuétrait-il dans le tissu cellulaire sous-séreux? Voilà ce qui aurait dû attirer l'attention du docteur Hicks. On pouvait, après avoir insufflé le poumon et l'avoir fait sécher, examiner avec soin les vésicules pulmonaires dans le point où l'air s'échappait, et peut-être aurait-on découvert la source de cet emphysème si remarquable.

Cicatrisation d'un abcès pulmonaire (Observation de), par William Stokes. — Un jeune homme, de constitution robuste, fut admis à l'hôpital pour une maladie de poitrine qui datait de quelques semaines. La région antérieure et supérieure du côté droit était mate, et dans ce point, ainsi que vers l'épaule, les signes d'une grande caverne étaient évidents. Dans le reste de la poitrine on entendait les râles de la bronchite. En peu de temps le malade reprit ses forces, recouvra l'appétit et la santé, le pouls revint au type normal, et il quitta l'hôpital se disant parfaitement bien, quoique les signes d'abcès persistassent. Quelques semaines après il revint dans nos salles : les signes d'un abcès étaient restés les mêmes. Quelques jours après, nouvelle amélioration, et le malade put reprendre son métier de forgeron. Je le perdis alors de vue pendant un an, puis il revint de nouveau, avec une pleuro-pneumonie intense, qui durait depuis cinq jours, et qu'il avait complétement négligée. Depuis sa dernière sortie de l'hôpital, il avait joui d'une santé parfaite, livré à ses rudes travaux, qu'il ne cessa que lorsqu'il lui survint un point de côté avec fièvre et oppression.

Lorsque je le vis, il présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite avec hépatisation : tout le côté droit, en avant et en arrière, était tout à fait mat, excepté dans la région sous-claviculaire, qui paraissait sonore, comparativement. On se rappellera que cette région avait été autrefois le siége de l'abcès. Dans le point mat, on entendait de la respiration bronchique avec beaucoup de râle muqueux crépitant; mais l'examen de la région sous-claviculaire nous montra, à notre grande surprise, que tous les signes d'une caverne avaient disparu, et étaient remplacés par une respiration puérile. Le diagnostic était rempli de difficultés : il était évident que la plus grande partie du poumon était plus dense et hépatisée; mais pourquoi une petite portion était-elle intacte, lorsque dans le reste la maladie était si avancée? et il n'était pas aisé d'expliquer comment la portion intacte était justement celle où l'on avait reconnu jadis un abcès. Tout traitement fut inutile, et le malade mourut le troisième jour, sans qu'il fût survenu de changement dans les phénomènes stéthoscopiques.

Autopsie. Le poumon droit était solidifié dans toute l'étendue indiquée par le stéthoscope. Depuis la quatrième côte jusqu'en bas, la plèvre était recouverte de lymphe coagulable, qui, lorsqu'on l'eut enlevée, laissa voir à travers la membrane séreuse le poumon, d'une couleur jaunâtre. A la partie supérieure, les adhérences étaient manifestement anciennes, et on ne put les détacher du thorax qu'avec

beaucoup de peine. Au sommet et à la face supérieure et antérieure, on remarquait une dépression profonde avec froncement. On coupa alors le poumon dans une ligne correspondante à l'angle des côtes, de manière à le séparer en deux portions réunies seulement à la racine du poumon. On eut alors l'explication des signes physiques. La portion supérieure et antérieure, dans une étendue de trois pouces carrés, était parfaitement crépitante et nullement engorgée : elle était séparée du reste de l'organe par la cicatrice de l'abcès. La cavité avait été oblitérée, par adhésion de ses parois, de sorte qu'elle formait un septum cartilagineux, d'un demi-pouce d'épaisseur en haut, et graduellement moins épais en bas, de manière à n'avoir plus que deux lignes. La longueur totale de ce septum était d'environ trois pouces : il commençait au sommet du poumon, se dirigeant d'arrière en avant et en bas, et se terminait au point où la grosse bronche donne un rameau au lobe supérieur. Il consistait partout en deux couches unies seulement par une membrane celluleuse fine, et facilement séparables. C'était manifestement la cicatrice de l'abcès. Par sa situation il avait isolé la portion sous-claviculaire du poumon, c'est à dire celle où l'on entendait la respiration puérile. Un tuyau bronchique passait des gros troncs immédiatement au dessous de la cicatrice, de manière à conduire de l'air dans cette portion du poumon qui ne différait en aucune façon d'un tissu sain, si ce n'est par une hypertrophie notable des cloisons interlobulaires. Le reste du sommet, ainsi que les lobes moyen et inférieur, étaient denses, d'une couleur gris-jaunâtre et infiltrés de pus. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir un seul tubercule dans aucun organe.

Il est extrêmement probable que cet abcès était réellement le produit d'une inflammation phlegmoneuse. L'absence des symptômes de phthisie lors de la première attaque, la formation de la caverne après une maladie de peu de semaines, le rétablissement complet du malade, tout se réunit pour établir la vraie nature de l'affection, et s'il n'y en avait encore d'autre preuve, l'absence des traces de tubercules suffirait pour démontrer que la caverne n'était pas tuberculeuse.

(*A treatise on the diagnosis and treatment of diseases of the chest, Dublin*, 1837. Page 314.)

Laennec a décrit et fait figurer des cavernes cicatrisées; mais c'est dans des cas de phthisie confirmée. — Ici M. W. Stokes n'a point trouvé de tubercules. Cela suffit-il pour admettre que le sujet n'était pas phthisique? Assurément les cas dans lesquels une caverne unique, sans autres tubercules, s'est montrée à l'autopsie, sont fort rares; mais on en trouve dans l'ouvrage de M. Louis, et il ne nous paraît pas parfaitement prouvé que ce fut ici un de ces cas exceptionnels. Il est fâcheux que M. W. Stokes n'ait pas décrit avec plus de soin l'état du jeune homme à l'époque même où il avait sa caverne ou son abcès, puisque c'est sur cet état qu'il se fonde pour dire qu'il ne présentait pas les signes de la phthisie. Au reste, de quelque manière qu'on envisage cette observation, elle n'en est pas moins fort remarquable.

Fistule pulmonaire communiquant a travers le foie avec une fistule du colon (*Obs. de*). — Un homme de moyen-âge présentait depuis quelque temps les symptômes d'un empyème, lorsqu'on lui proposa de le débarrasser du liquide par une ponction. Un de mes amis, médecin fort distingué, le vit à cette époque, et s'assura de l'existence d'un empyème, et de plus d'un pneumo-thorax avec fistule pulmonaire. Indépendamment des signes de ces altérations, on constata qu'aussitôt qu'on faisait asseoir le malade il avait de la tendance à la diarrhée, et qu'il rendait par l'anus une quantité considérable de liquide séro-purulent, dont la sécrétion cessait dès qu'il se couchait.

Après la mort, on trouva les lésions suivantes : une caverne gangréneuse existait au sommet du poumon droit et communiquait avec les bronches et la plèvre. La cavité pleurale contenait à la partie supérieure beaucoup d'air, et elle était presque à moitié remplie par un liquide jaunâtre et fétide où l'on trouva des débris d'hydatides nombreuses. Une large ouverture pénétrait dans le foie à travers le diaphragme, et de ce foyer partait une autre fistule qui se rendait dans le colon ascendant, en sorte qu'il y avait une communication établie entre les bronches, le colon et le rectum, ce qui expliquait d'une manière satisfaisante le singulier phénomène de la diarrhée dans la position verticale. (W. Stokes. *Loco citato.*)

Perforation spontanée de l'œsophage.—Un homme adonné à la boisson et qui avait eu plusieurs attaques de delirium tremens, était, depuis plusieurs années, sujet à des vomissements contre lesquels toutes les médications avaient échoué : ayant été pris un jour de vomissements violents, accompagnés d'évacuations alvines liquides, qui se calmèrent vers le soir, il dormit tranquillement toute la nuit, resta calme toute la matinée du lendemain ; mais vers deux heures il fut pris subitement de convulsions, perdit connaissance, et mourut à 5 heures de l'après-midi.

A l'autopsie faite vingt heures après la mort, on trouva les vaisseaux du crâne et de l'encéphale gorgés de sang, un épanchement séreux considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, l'arachnoïde épaissie, une petite quantité de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux. L'œsophage offrait à son extrémité inférieure et à droite une perte de substance du volume d'une pièce de dix sous; les bords de cette ouverture étaient unis et réguliers, la muqueuse détruite tout autour dans une étendue de plusieurs lignes. La cavité pleurale contenait douze à seize onces d'une sérosité brunâtre ; les poumons étaient sains, ainsi que le cœur et le péricarde. Le foie était gras et mou. La muqueuse gastrique, épaissie au niveau du pylore, était détruite près du cardia, dans une assez grande étendue. (*Med. Ann.* Bd. IV. Heft. II, 1838).

Comme la plupart des observations publiées par les auteurs allemands, celle-ci encore pèche par les détails. Comment se fait-il que les intestins n'aient pas été examinés? Le péritoine n'offrait-il

brunâtre épanchée dans la poitrine ? La plèvre était-elle saine ? Que de questions non résolues !

Quant à la perforation de l'œsophage, est-il facile d'en apprécier la nature d'après la description qui en a été donnée ? Ce n'est point une lésion fréquente que cette perforation. Ici elle paraît due à une ulcération que les excès alcooliques du sujet sont loin d'expliquer, car rien n'est plus rare qu'une pareille lésion dans de semblables circonstances. Cette observation fort curieuse aurait donc beaucoup gagné si, au lieu d'indiquer aussi rapidement l'état de l'œsophage dans le point perforé, on eût exposé avec détails non seulement les altérations de la muqueuse, mais l'état du tissu sous-muqueux et de la couche musculeuse, sous les rapports de leur consistance, de leur coloration, de leur épaisseur, etc. Telle qu'elle est, cette observation nous a paru intéressante sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

Péritonite par suite de l'épanchement du pus d'un abcès lombaire dans le péritoine.—Le docteur Rosch de Schwenningen fut appelé en consultation pour un malade qui depuis deux mois présentait un ensemble assez grave de symptômes : en l'examinant avec attention, il trouva dans la région lombaire gauche un abcès qui, fusant entre les muscles de la paroi abdominale antérieure, s'étendait jusque vers la région inguinale : le malade, âgé de 42 ans, était en proie à la fièvre hectique ; les organes de la poitrine et de l'abdomen ne paraissaient être le siége d'aucune altération. L'abcès fut ouvert au milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le bord inférieur de la dernière côte : il s'écoula du sang et environ huit onces de pus : au bout de deux jours survint une péritonite qui, malgré un traitement antiphlogistique énergique, emporta le malade.

A l'autopsie, on trouva que la collection purulente s'était primitivement formée au côté gauche de la colonne vertébrale entre les muscles et le péritoine ; le pus avait ensuite suivi le trajet indiqué plus haut, et perforé le feuillet séreux : plusieurs ouvertures paraissant récentes existaient en effet au niveau de la gouttière vertébrale, et avaient donné lieu à un épanchement purulent dans la cavité abdominale.

Tous les organes abdominaux étaient sains : le poumon droit avait contracté de nombreuses adhérences avec la plèvre costale et celle-ci, épaissie en plusieurs points, offrait en outre une véritable *ossification* qui formait une espèce de ruban suivant la direction des côtes, large d'un pouce et demi et long de six. Le poumon gauche ne présentait rien d'anormal : il n'existait pas de tubercules. (*Med. corresp.* Blatt. n° 17. 30 avril 1838.)

Ainsi que le dit Lobstein (*Traité d'anatom. pathol.*), les ossifications de la plèvre, qu'il ne faut pas confondre avec celles des

fausses membranes, sont rares ; Morgagni n'en a vu que deux cas chez des vieillards, et il ajoute : « *Res sane multo rarior est quam ut a sola ætate sit repetenda*. » Il faut aussi remarquer que le malade qui fait le sujet de cette observation n'avait jamais éprouvé, à l'exception d'un peu de dyspnée, aucuns symptômes d'une affection de poitrine.

Si, d'un autre côté, l'on se rappelle que l'existence d'une inflammation chronique suffit souvent pour déterminer l'ossification des tissus voisins de son siége, comme on le voit, par exemple, dans la laryngite chronique, qui cause fréquemment l'ossification des cartilages du larynx, on sera porté à croire que le dépôt de matière du tissu osseux dans le tissu pleural a été occasionné chez le sujet de cette observation par le voisinage du foyer purulent qui, sans contredit, existait depuis longtemps. Il est fâcheux qu'on ne nous ait pas fait connaître l'état des côtes correspondantes.

Appelons encore un instant l'attention sur cette péritonite causée par l'épanchement du pus de l'abcès extérieur dans la cavité abdominale. Ce cas de perforation péritonéale est certainement un des plus rares et des plus curieux qui aient été observés. C'est d'ailleurs un fait nouveau à ajouter aux faits nombreux qui prouvent que la péritonite aiguë a, dans l'immense majorité des cas, pour cause, soit une inflammation d'un organe de l'abdomen, soit une perforation, et que les cas dans lesquels elle se développe spontanément sont au moins excessivement rares ; résultat curieux fourni par l'observation exacte et auquel le raisonnement n'aurait jamais pu conduire. Comment en effet concevoir *à priori* que cette vaste poche péritonéale, qui semble exposée à toutes les causes d'inflammation, a tant de peine à s'enflammer seule, tandis que la plèvre protégée non seulement par une couche épaisse de parties molles, mais encore par une cage osseuse, s'enflamme avec tant de facilité ?

Péritonite circonscrite chez un enfant de six ans. — Un enfant robuste et bien constitué, après avoir éprouvé pendant vingt-quatre heures un léger malaise, ressentit tout à coup une violente douleur entre le nombril et le pubis, limitée à un espace qu'aurait recouvert un écu. Le pouls devint fréquent, dur, petit. Constipation, soif très vive. — Une application de sangsues, des bains, du calomel, amenèrent quelque soulagement, mais les accidents reparurent avec une nouvelle violence la nuit suivante : l'enfant, très agité, voulut à plusieurs reprises se précipiter hors de son lit et eut des vomissements. — Le lendemain, pouls fréquent et petit. Selles verdâtres et fétides, langue humide, hypogastre indolent, peau sèche et chaude. Le soir l'enfant eut du délire, le lendemain il vomit des matières semblables à du marc de café, tous les symp-

tômes s'aggravèrent, et il succomba du quatrième au cinquième jour de la maladie.

A l'autopsie on trouva, immédiatement au dessus de la symphyse pubienne, le péritoine fortement enflammé dans une étendue ayant les dimensions d'un écu, et ayant contracté des adhérences avec l'appendice vermiforme, le rectum et quatre anses intestinales. En séparant ces différentes parties on trouva entre les membranes séreuses, adossées par les adhérences, plusieurs petites collections purulentes circonscrites, et ne communiquant pas les unes avec les autres. En d'autres endroits, du pus était infiltré dans le tissu cellulaire sous-séreux, mais les autres membranes intestinales étaient parfaitement saines. — Aucune autre lésion organique ne put être constatée. (*Med. Ann.* Bd IV, Heft. 11. 1838.)

A moins d'une cause traumatique qui aurait échappé à l'investigation, il est difficile de s'expliquer cette délimitation si exacte de l'inflammation péritonéale, d'ailleurs très rare chez les enfans.

Ictère (*Terminaison rapidement funeste d'*). — Un jeune homme, âgé de 15 ans, habituellement constipé, mais n'ayant d'ailleurs jamais été malade, fut pris tout à coup de vomissements de matières alimentaires, et de jaunisse. Le ventre était indolent, le pouls lent, l'urine très foncée, l'épigastre un peu douloureux à la pression, les évacuations rares; mais cet état ne présentait rien de grave, lorsque subitement, au troisième jour, le malade fut pris de délire, et succomba en peu d'heures.

A l'autopsie on trouva non seulement tout le tégument externe, mais encore la dure-mère, les os du crâne, et la substance cérébrale elle-même fortement colorés en jaune: les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang noir. Les organes de la poitrine étaient sains, cependant le tissu du cœur offrait également une teinte jaune. Le foie était petit, mais sans altération: la vésicule du fiel ne renfermait que quelques gouttes d'une bile liquide et d'un gris verdâtre. L'*S* iliaque du colon présentait un rétrécissement tel que son calibre pouvait à peine admettre une plume à écrire. (*Méd. Ann.* Bd IV, Heft. 11. 1838.)

P. Franck cite plusieurs cas de jaunisse devenue rapidement funeste chez de jeunes sujets, et cette observation est intéressante sous le point de vue anatomo-pathologique : l'absence presque complète de bile dans la vésicule est en effet digne de remarque et peut rendre ce fait utile pour l'histoire de l'ictère.

Les rétrécissements de l'*S* iliaque du colon sont une cause de constipation également trop peu étudiée; combien donc n'était-il pas nécessaire de décrire avec soin et la portion rétrécie et la partie supérieure du canal intestinal. Il faut s'attendre à rencontrer souvent encore cette absence des détails intéressants, jusqu'à ce que le goût de la bonne observation soit plus généralement répandu.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

OPACITÉ DE LA CORNÉE *(Opération pratiquée en Perse pour remédier à l')*, par M. Greffiths. — Dans le Théracn on pratique, pour le traitement de l'opacité de la cornée, une opération qui, dit-on, réussit fréquemment à rendre à cette membrane sa transparence, si elle ne réussit pas toujours à rétablir parfaitement la vision. L'objet de cette opération paraît être de détruire toute communication vasculaire, car elle consiste à exciser une portion circulaire de la conjonctive à une petite distance du bord de la cornée. On y parvient en plaçant huit petits crochets dans la conjonctive, à une ligne de l'union de la scélérotique avec la cornée tout autour de celle-ci. L'opérateur soulève, en tirant à lui chaque petit crochet, la portion de conjonctive qu'il embrasse, la coupe avec des ciseaux, et isole ainsi complètement la conjonctive cornéale. Il en résulte une absorption graduelle de l'opacité de la partie malade, et la cornée finit par retrouver sa transparence. Le traitement consécutif est fort simple; il consiste seulement dans l'introduction d'une petite quantité d'antimoine entre les paupières.

Ce fait a été communiqué à la Société médicale et physique de Calcutta. Bien qu'il soit entièrement dénué de preuves, nous avons cru devoir le faire connaître. Il pourra être essayé dans les opacités presque complètes de la cornée, où, la vue se trouvant abolie, on n'aura rien à perdre dans une expérimentation. Ce n'est d'ailleurs qu'une extension du procédé qu'on applique au ptérygion. Aussi pensons-nous que si jamais il a pu réussir, c'était dans les cas où la cornée était opaque par suite de vascularisations anormales développées à sa surface. (*Transact. of the med. and physical Society of Calcutta.* Vol. VIII, p. 1.)

GRENOUILLETTE. *Extirpation de la glande sous-maxillaire*; par J.-G. Malcolsom.—Un enfant Hindou d'apparence maladive, âgé de 9 ans, portait au cou une tumeur étendue d'une oreille à l'autre, et des angles de la mâchoire jusqu'au sternum, au voisinage duquel elle était plus distendue qu'à sa partie supérieure; elle était un peu mobile et pouvait être écartée de la peau qui recouvrait l'extrémité supérieure de ces os. La maladie avait débuté, un an auparavant, au-dessous de la mâchoire et un peu à gauche du menton, et avait pris un accroissement graduel par en bas et du côté des oreilles. Quelque temps avant l'apparition de la tumeur, du pus s'était fait une issue à un demi-pouce en arrière et sur les côtés de l'orifice du conduit de la glande sous-maxillaire gauche. On apercevait dans cet endroit une cicatrice déprimée d'une ligne de diamètre, au niveau de laquelle avait commencé le gonflement. Tout auprès était

une dent cariée. La glande sous-maxillaire gauche fournissait encore une très petite quantité de salive. Pas de gonflement dans la bouche; mais on sentait une induration au-dessous de la mâchoire un peu à gauche, et on remarquait au centre de la tumeur plusieurs escarrhes causées par des applications répétées du cautère actuel. M. Malcolsom pensa que l'irritation, déterminée par le voisinage de la dent cariée, avait amené l'inflammation du conduit ou de la glande sous-maxillaire, et que le passage de la salive ayant été obstrué, ce liquide s'était fait une voie dans le tissu cellulaire du cou, et qu'il avait graduellement distendu les téguments.

Une piqûre, faite sur la partie la plus saillante de la tumeur, donna issue à vingt onces de fluide glaireux transparent, d'une légère teinte brunâtre, et à quelques portions de substance dure, résultat de l'épaississement du liquide. On laissa persister l'ouverture, et on eut soin chaque matin de vider la poche à deux reprises ; cependant la plaie se referma et il fallut recourir à de nouvelles ponctions : à la dernière on laissa dans la plaie une tente qui détermina un peu d'inflammation et la secrétion d'une assez grande quantité de pus qui sortit avec le liquide filant. Par suite de ce traitement la peau se resserra, mais il devint évident qu'on ne pouvait pas espérer une guérison complète.

M. Malcolsom procéda alors à un nouvel examen : il put faire passer dans le conduit de la glande une sonde très fine, et vit que la salive s'en écoulait. Ce résultat diminua la confiance dans l'opinion qu'il s'était formée sur la maladie, mais d'une autre part le convainquit qu'il n'y avait rien à attendre des efforts qu'il aurait pu faire pour rétablir la communication par la bouche en même temps qu'il aurait opposé à la tumeur la ponction et la compression. Il résolut donc d'enlever une portion de la peau qui formait la partie antérieure du sac, et de s'assurer ainsi si le liquide venait de la glande, pour prendre ensuite telles mesures qu'il jugerait nécessaires.

Le malade fut couché sur une table. La tumeur fut ponctionnée à trois pouces au-dessus du sternum. Après son évacuation, M. Malcolsom enleva, dans l'étendue d'environ deux pouces, une portion ovulaire de peau qui était fort épaisse, par le fait des cicatrices, des cautérisations et des ponctions. Le cou présenta alors une apparence extraordinaire : de la partie postérieure des oreilles et de l'angle des mâchoires jusque vers le thorax. il semblait avoir été disséqué avec soin : on apercevait à travers la membrane celluleuse la parotide et les veines bleuâtres; mais on ne put d'abord trouver aucun trajet d'où le liquide eût pu venir. Etait-ce donc une tumeur enkystée dont les parois se seraient condensées avec les parties environnantes? Dans ce cas il ne restait d'autres ressources que de réunir la plaie et d'attendre les effets de la compression. La membrane celluleuse s'était condensée sur la ligne médiane, et formait la dureté qu'on sentait au cou : elle fut donc enlevée.

Examinant alors avec attention un petit corps mou, arrondi, du volume et de la couleur d'un petit ganglion lymphatique, engagé en partie dans la glande sous-maxillaire, le chirurgien y remarqua un très petit pertuis, comme si on l'eût piqué avec la pointe d'une aiguille, et, en le comprimant légèrement, en fit sortir un liquide

filant. Dès lors il dut procéder immédiatement à séparer la glande des parties environnantes. D'abord il n'y eut pas de difficultés; mais à mesure qu'il se rapprochait de la fosse de la mâchoire, les adhérences devinrent plus intimes, et l'espace était si étroit qu'il était impossible de se servir du bistouri. On passa alors une ligature à travers la glande afin de pouvoir l'abaisser; mais il fut difficile de lier les vaisseaux qui donnaient du sang; l'artère maxillaire inférieure ne put être saisie que lorsqu'un aide eut porté le pouce dans la bouche de manière à en abaisser la paroi, ce qui en outre facilita beaucoup le reste de l'opération.

M. Malcolsom dit avoir ainsi enlevé toute la glande, sauf un petit prolongement qui passait entre le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien, et sur lequel il appliqua le cautère actuel. Il devait en outre rester toute la portion située au-dessus du mylo-hyoïdien. Néanmoins l'opération eut tout le succès désirable. On réunit à l'aide des points de suture et d'emplâtres adhésifs, et la plus grande partie de la plaie se cicatrisa aisément. Néanmoins il se forma, en bas et à gauche du cou, un abcès qui fut ouvert; la cicatrice de l'intérieur de la bouche se rouvrit encore, et donna passage à du pus; toutefois bientôt après tout se modifia, et, moins d'un mois après l'opération, le malade était tout à fait bien. La cicatrice extérieure était peu marquée et ne causait aucune difformité. L'ouverture de la bouche s'était de nouveau cicatrisée, et on voyait une petite quantité de salive, venant probablement de la glande sublinguale, suinter du conduit de Warthon du côté gauche. — (*Transactions of the medical and phys. society of Calcutta*, Vol. VIII, p. 1.)

L'intéressante observation de M. Malcolsom ne saurait être regardée comme un cas de grenouillette, mais elle a les plus grands rapports avec cette maladie. En effet, le petit corps bleuâtre, d'apparence glanduleuse, où se trouvait la petite ouverture qui permettait à la salive de passer dans la gaîne celluleuse du cou, était un petit kyste où l'on voyait courir quelques branches secondaires du conduit de la glande. Il est probable que, dans ce cas, un ou plusieurs des petits conduits sécréteurs s'étant trouvés oblitérés à une certaine distance de l'orifice buccal, et ne pouvant se prêter à une grande distension, la salive avait fini par se faire jour à travers le pertuis qui a été indiqué.

Anévrysme diffus de l'artère axillaire: *ligature de la sous-clavière; amputation dans le pouce; guérison.* Obs. par J. Syme. — Le 23 septembre, M. A. d'Inverney, âgé de 23 ans, fut jeté à bas d'un cabriolet et tomba sur le pouce gauche. Quand on le releva, il se plaignit de douleur et de gonflement dans l'aisselle où l'on crut de prime abord sentir la tête de l'humérus; mais bientôt on reconnut que l'os était à sa place et que la tumeur dure de l'aisselle était constitué par une effusion sanguine. On se contenta de prescrire le repos et des lotions froides. Pendant un ou deux jours le gonflement s'accrut, s'étendit du côté du bras et de celui du tronc en même temps que la peau changeait de couleur; ensuite il y eut

une amélioration graduelle qui continua jusqu'au dixième jour après l'accident. A cette (époque le malade éprouva une sensation de brusque distension (*gushin*) dans l'aisselle, et la douleur et le gonflement reparurent bientôt aussi forts que jamais.

On appliqua des sangsues; le malade alla mieux pendant huit jours, puis une nouvelle expansion pareille à la première eut lieu. Les attaques devinrent ensuite de plus en plus fréquentes et finirent même par se montrer presque chaque jour, et on les combattit par de nombreuses applications de sangsues (300). Arrivé près du malade, le 15 octobre 1837, M. Syme trouva le bras énormément gonflé et œdémateux jusqu'au bout des doigts. Une vaste tumeur fluctuante occupait l'aisselle et distendait le membre pectoral. On n'y pouvait percevoir ni mouvement, ni le plus léger bruit. Le malade épuisé par la douleur, la perte de sang, la privation de sommeil, était réduit à une faiblesse extrême.

Dans cet état, il semblait difficile de déterminer s'il y avait un anévrysme axillaire ou seulement un épanchement de sang. La sensation de projection d'un liquide et l'absence de pouls au poignet militaient en faveur de la première opinion, tandis que l'absence complète de pulsation et de bruit anévrysmal dans la tumeur dès son commencement et à toutes les périodes de la maladie s'expliquaient difficilement autrement que par la seconde. Le cas étant douteux on crut devoir, avant de se décider à une opération quelconque, employer la compression qui n'avait pas encore été essayée; elle fut appliquée à partir du bout des doigts. Le malade fut ensuite emmené à Édimbourg par le bateau à vapeur. Il supporta la route sans trop de fatigue, et à son arrivée on put constater une diminution notable dans le volume du bras. Cet état satisfaisant dura jusqu'au 28 octobre. Le matin de ce jour, il ressentit une violente douleur dans le point le plus saillant de la tumeur. Ce point, du reste, répondait au creux de l'aisselle et formait une saillie arrondie d'un rouge noirâtre et semblait prête à s'ouvrir. Le malade, persuadé qu'il s'était formé du pus, désirait qu'on lui donnât issue. M. Syme, pensant qu'on pouvait, sans danger, faire une ponction exploratrice y plongea la pointe d'un bistouri étroit, puis, voyant que rien ne sortait, prolongea son incision dans l'étendue d'un pouce et demi; il en sortit un petit grumeau de sang. Espérant que ce grumeau venait des petites artères ou des veines, le chirurgien se contenta de recouvrir mollement la plaie d'un morceau de linge. Quatre heures après elle fut changée, mais bientôt le sang artériel la teignit, puis s'écoula en jet. M. Syme réunit alors les bords de la plaie, à l'aide d'un point de suture entortillée pour arrêter momentanément l'hémorrhagie. Il fut ensuite décidé avec sir G. Ballingall et M. Dewar qu'on lierait immédiatement la sous-clavière, et M. Syme procéda à cette opération avec leur assistance.

L'élévation de la clavicule suite du gonflement de l'aisselle, la condensation du tissu cellulaire consécutive à l'ecchymose qui s'étendait du cou à la hanche, rendirent l'opération plus difficile que d'ordinaire : néanmoins l'artère fut mise à nu et liée avec une simple ligature de soie. Le malade passa tranquillement le reste du jour et le lendemain; mais à deux heures du matin la plaie de l'aisselle four-

nit deux ou trois onces de sang. On la couvrit d'une compresse qui fut assujettie par un bandage en spica. A 7 heures du matin l'hémorrhagie était revenue, il fallut tamponner la plaie. A onze heures, on jugea convenable de mettre à découvert la cavité de la tumeur pour enlever autant de caillots qu'on le pourrait, et pour appliquer des compresses graduées. Bien que l'artère fournît du sang, le jet n'était point assez fort pour n'être pas réprimé par la compression. Mais bientôt l'hémorrhagie reparaissant, et la température du bras restant manifestement plus basse que de l'autre côté, sir George, M. Syme, pensèrent que la désarticulation de l'épaule était la seule ressource.

Le membre fut enlevé avec facilité, et l'on put voir alors une effrayante caverne remplie de sang coagulé, se prolongeant en bas, sous le grand dorsal, en avant sous le pectoral. L'artère paraissait avoir été arrachée immédiatement au dessous de l'origine de la sous-scapulaire; le sang coulait par voie rétrograde de ce dernier vaisseau, qui fut lié ainsi que l'axillaire et un ou deux autres vaisseaux. Tous les caillots furent enlevés, et on réunit les bords de la plaie. Pendant plusieurs heures, le malade fut extraordinairement affaibli, eut des sueurs froides ; on pouvait à peine sentir son pouls. On lui donna fréquemment de petites quantités de vin, et le soir il était déjà ranimé; le pouls était plus fort et on pouvait compter 160 pulsations; le lendemain il était à 140, le jour suivant à 120, et bientôt il revint à l'état naturel. Les autres symptômes se calmèrent dans la même progression, et au bout de huit jours il ne restait déjà plus de craintes, si ce n'est à cause de la ligature placée sur la sous-clavière qui ne se sépara que fort tard. La guérison a, du reste, été complète.

Ce cas est très remarquable 1° par la manière dont l'artère a été rompue; 2° par l'absence de pulsation et de bruits anormaux dans la tumeur; 3° par l'inefficacité de la ligature du tronc artériel au dessus de la rupture, à cause des anastomoses; et enfin par le succès de l'amputation dans un cas réellement désespéré. M. Syme se demande jusqu'à quel point la pulsation a pu être empêchée par la rupture complète de l'artère en travers; il laisse également au lecteur le soin de décider si la ponction préalable de la tumeur a eu quelque influence sur l'insuccès de la ligature de la sous-clavière. (*Edinburgh, med. and surg.* 8°, 1838.)

Pseudarthroses. (*De l'emploi du séton dans le traitement des*); par le Dr Seerig. — Les moyens mis en usage pour obtenir la guérison des fausses articulations consécutives aux fractures non consolidées, peuvent être rapportés à cinq méthodes de traitement. Le frottement des fragments l'un contre l'autre, déjà conseillé par Celse, ne réussit que lorsque la maladie est récente, et n'exige que le développement d'une irritation très légère. La scarification pratiquée par les Arabes ne convient que lorsque les fragments sont réunis latéralement, et que la coaptation ne peut être obtenue. La

cautérisation préconisée par White n'est que rarement suivie de l'exfoliation des deux fragments, et par conséquent du succès. L'excision proposée par le même chirurgien donne lieu à une plaie très étendue, et, ce qui est plus grave, à un raccourcissement consécutif du membre souvent très considérable.

Enfin, le séton employé pour la première fois par Physik, avec ou sans incision préalable des parties molles, a donné, dans ces derniers temps, des résultats si avantageux, que cette dernière méthode paraît devoir être exclusivement adoptée par les chirurgiens ; néanmoins, comme elle n'a pas encore été expérimentée un grand nombre de fois, il n'est peut-être pas inutile de faire connaître les trois observations suivantes, qui montrent que, malgré les avantages qu'elle présente, elle peut aussi ne pas réussir, et que quelquefois la nature seule y supplée.

Obs. I. Un homme, âgé de 52 ans, bien constitué, entra à l'hôpital pour une fracture du tibia, qui, depuis treize semaines, n'était point encore consolidée. L'existence d'une fausse articulation n'était point douteuse, et les extrémités des fragments, légèrement tuméfiées, pouvaient être facilement senties au dessous de la peau ; elle avait son siége environ à la partie médiane de la jambe qui était dirigée en dedans, et tout à fait impropre à la marche.

Deux incisions longitudinales, de deux pouces d'étendue, furent pratiquées des deux côtés du tibia, parallèlement aux bords de cet os, et les fragments furent, autant que possible, éloignés l'un de l'autre; alors une aiguille en S conduisit autour de la masse ligamenteuse inter-articulaire, d'abord d'arrière en avant et de dedans en dehors, puis d'avant en arrière et de dehors en dedans, une mèche composée de douze fils, dont les deux bouts furent liés avec le serre-nœud de Graefe. La jambe fut placée dans une extension modérée. Le soir une fièvre violente s'alluma, accompagnée de gonflement et de douleurs très vives dans le membre. Au bout de quelques jours, la suppuration fut établie; la ligature, resserrée tous les jours davantage, tomba le sixième jour. Au bout d'un mois, les plaies extérieures étaient cicatrisées, et deux semaines après la consolidation osseuse complète.

Obs. II. Un homme de 37 ans portait depuis deux ans, du côté gauche, une fausse articulation, située un peu au dessous du milieu de la cuisse. Le membre était plus court que l'autre de deux pouces et demi, tuméfié et douloureux, le pied tourné en dehors. Une opération entièrement semblable à celle que nous venons de décrire fut pratiquée; mais ici le peu de mobilité des fragments et la présence de l'artère fémorale la rendirent plus délicate. Elle détermina les mêmes symptômes ; la ligature tomba le sixième jour, et le membre fut alors placé dans un appareil à extension continue. Au bout de soixante jours, la consolidation n'étant point opérée, la résection des fragments fut résolue et pratiquée, mais non sans de grandes difficultés. Les fragments avaient contracté des adhérences très solides; le supérieur seul put être amené à l'extérieur, par l'incision

faite au côté externe de la pseudarthrose ; quant à l'inférieur, il fallut se contenter de *râcler* son extrémité. Le malade succomba au bout de quelques semaines. A l'autopsie on trouva le fragment supérieur enflammé et rempli de pus jusqu'aux trochanters, la fausse articulation entourée par une masse d'apparence charnue, et tous les muscles environnants transformés en un tissu homogène, comme stéatomateux.

Obs. III. Une fracture compliquée de l'humérus, située immédiatement au dessous des condyles, et paraissant réclamer l'amputation, se termina par pseudarthrose. Le malade, qui n'avait voulu se soumettre à aucun traitement pour remédier à cette infirmité, fut pris tout à coup, sans cause déterminante appréciable, d'une inflammation érysipélateuse du membre qui détermina la consolidation.

(*Diss. de pseudarthrosi e fracturâ proficiscente.* Kœnisberg, 1838.)

Obstétrique.—Maladies du fœtus.

Plaies et fractures chez un fœtus, *déterminées par une chute de la mère.*—Madame K**, âgée de trente-deux ans, de taille moyenne, d'une constitution forte et musculeuse, avait atteint la trente-sixième semaine de sa troisième grossesse, qui comme les précédentes paraissait devoir se terminer heureusement, lorsque le 21 septembre 1824, étant montée sur une échelle, elle tomba en arrière de la hauteur du second échelon. Un violent vertige, des douleurs dans les reins et le bas-ventre furent la suite immédiate de cette chute, et ces dernières, augmentées par chaque mouvement, se prolongèrent jusqu'à l'accouchement qui eut lieu le 6 octobre, quatorze jours avant terme, au dire de la malade.

Le docteur Dieterich, ayant été appelé, trouva à la malade le visage rouge, les yeux brillants, la respiration haletante, la peau chaude, le pouls fréquent, plein et tendu. Le ventre était dur et douloureux à la plus légère pression, surtout dans la région pubienne, le vagin chaud et sec; le col utérin complètement dilaté formait un bourrelet autour de la tête de l'enfant déjà engagée dans le détroit inférieur. Les douleurs abdominales et lombaires étaient continues et s'exaspéraient à chaque contraction utérine. Le travail durait depuis trente-six heures, le liquide amniotique s'était écoulé depuis déjà vingt heures, et cependant l'accouchement ne se terminait pas. Une saignée de quinze onces fut pratiquée à chaque pied : on prescrivit des lavements et des injections avec de l'eau de graine de lin, des frictions mercurielles sur l'abdomen, et à l'intérieur une émulsion oléagineuse avec de l'eau de laurier-cerise et du nitre. La malade fut couchée dans une position commode avec injonction de ne faire aucun effort pour venir en aide aux contractions utérines. L'emploi du forceps fut regardé comme contr'indiqué par la violence extérieure dont l'utérus avait été le siége peu de jours aupa-

ravant. Au bout de quelques heures les douleurs se calmèrent, et le lendemain à 7 heures du matin l'accouchement se termina naturellement. La délivrance eut lieu au bout de quelques minutes, l'écoulement de sang fut modéré, les lochies coulèrent pendant assez longtemps et eurent pendant plusieurs semaines un aspect purulent. La matrice ne revint complètement sur elle-même qu'au bout de huit jours, et ne cessa d'être douloureuse à la pression que le quatorzième jour.

L'enfant, du sexe féminin, était maigre et chétif, et présentait à la tête trois plaies de la grandeur d'une pièce de deux sous, dont le fond était formé par des bourgeons charnus et du pus de bonne nature : leurs bords offraient déjà un commencement de cicatrisation. Deux d'entre elles étaient situées au niveau des bosses coronales, la troisième s'étendait obliquement de haut en bas et de droite à gauche, au niveau de la protubérance occipitale. Les os du crâne avaient la mobilité qui leur est naturelle à la naissance, mais ne laissaient apprécier aucune crépitation. En examinant les membres, le docteur Diéterich constata une fracture complète de l'avant-bras droit, à peu de distance de l'articulation radio-carpienne : les fragments osseux chevauchaient les uns sur les autres, mais la réduction et la coaptation s'obtenaient facilement. Les parties molles du membre étaient exemptes de toutes lésions, ainsi que les autres parties du corps. Un pansement et un appareil très simple suffirent pour obtenir une guérison complète et rapide.

Si l'on cherche maintenant à se rendre compte de la manière dont ces lésions ont pu se produire dans la cavité de l'utérus, on ne peut émettre que des hypothèses plus ou moins probables : ne doit-on pas supposer, cependant, qu'au moment de la chute de la mère, la tête de l'enfant était placée de telle façon que le front reposait sur la symphyse des pubis, tandis que l'occiput répondait à l'angle sacro-vertébral, et que c'est contre ces deux parties osseuses qu'elle alla frapper, par le double effet de la secousse occasionnée par la chute et du contre-coup.

La fracture de l'avant-bras est plus difficile à expliquer ; il se peut faire cependant que le membre étant placé sous la tête, l'olécrâne appuyée à gauche, et la main à droite, sur la circonférence du détroit supérieur, il ait été fracturé dans cette position, par la tête qui serait venue le frapper entre ces deux points fixes. (*Medicin. correspond. Blatt.* Bd. VIII, n° 1, 9 janvier 1838.)

Toxicologie.—Pharmacologie.

Rue (*De l'action vénéneuse et des propriétés abortives de la*) ; par M. Th. Hélie, professeur adjoint à l'École secondaire de Médecine

de Nantes. — Les médecins s'abstiennent généralement dans leurs ouvrages de traiter des agents abortifs dans la crainte de fournir des connaissances funestes à la société. Mais il ne faut pas, comme le remarque avec raison le docteur Hélie, qu'un sentiment de prudence exagéré conduise à laisser inutiles des faits qui peuvent servir à réfuter des erreurs accréditées, provoquer des recherches ultérieures plus précises, et fournir quelques lumières dans les recherches médico-légales qui concernent l'avortement. Il est d'ailleurs certain que la connaissance très répandue des moyens abortifs n'est pas puisée dans les livres de médecine. Ces considérations pleines de justesse ont engagé M. Hélie à publier ses recherches sur l'action de la rue, employée communément avec la sabine pour provoquer l'avortement. En voici l'extrait :

Les opinions des médecins varient beaucoup à l'égard de la rue : les uns, avec les anciens, lui accordent une influence spéciale sur l'utérus ; d'autres ne se bornent pas à lui refuser une action abortive ; ils semblent révoquer en doute ses propriétés vénéneuses. Mais l'opinion la plus générale est que la rue, prise à haute dose, devient vénéneuse, qu'elle agit comme un irritant énergique en produisant une inflammation plus ou moins intense de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et que secondairement elle détermine quelquefois, dans le cas de prédisposition, une congestion sanguine de l'utérus qui provoque l'avortement : effet qui pourrait être produit par toute autre cause d'inflammation violente de l'estomac. Avant de discuter ces opinions et d'exposer les diverses conditions de l'action de la rue, M. Hélie rapporte les faits suivants :

1er *Fait* : Une jeune fille, de taille fort petite, mais de constitution robuste, avait eu à l'âge de 16 ans un accouchement très laborieux, et entreprit de se débarrasser d'une nouvelle grossesse ; parvenue au troisième ou quatrième mois ; voici ce qu'elle raconta : Elle prit trois racines fraîches de rue, de la grosseur du doigt, les coupa par tranches et les fit bouillir dans une livre et demie d'eau, qui se réduisit à trois tasses, qu'elle but le soir en une seule fois. Aussitôt après elle éprouva une douleur horrible à l'estomac, et bientôt un trouble général si profond qu'elle crut qu'elle allait mourir : elle ne voyait qu'à travers un nuage ; elle chancelait ; elle se sentait étourdie et comme dans un état d'ivresse. Un peu plus tard, efforts violents et continuels de vomissement : elle ne vomit qu'un peu de sang. Cet état dura toute la nuit. Le lendemain les accidents allèrent en diminuant, et en même temps elle commença à ressentir des coliques, légères d'abord, puis plus fortes, séparées par de longs intervalles. Vers le soir du second jour, elles devinrent violentes et rapprochées ; une petite perte survint, puis de gros caillots de sang, et l'avortement se fit facilement, en peu d'instants, quarante-huit heures après l'ingestion de la décoction de rue, sans que cette fille ait

gardé le lit. Les symptômes déterminés par la rue se dissipèrent en peu de jours.

II[e] *Fait.* Marie, fille de 25 ans, domestique en ville, était à la campagne chez un fermier, depuis cinq jours, pour se rétablir d'une maladie qu'elle venait, disait-elle, d'éprouver. Les premiers jours elle sortait et mangeait avec beaucoup d'appétit. Le troisième jour, elle fut prise tout à coup de vomissements continuels, pénibles et douloureux; fièvre et soif vive : elle but une grande quantité de cidre de corme et d'eau vineuse qu'elle vomissait aussitôt. Les vomissements duraient depuis deux jours, avec grande faiblesse, mouvements de torsion des membres et du tronc, mouvements de rotation de la tête, délire ou plutôt rêvasseries, lorsque M. H. vit la malade le 5 décembre 1835 : état de somnolence dont on la retirait aisément; elle répondait bien, mais avec lenteur et quelque peine; yeux injectés, figure un peu colorée, sans expression; on eût dit une personne ivre. Vue trouble, pupille contractée, mouvement fébrile modéré, avec un pouls large et mou, et peu de chaleur à la peau. L'urine était supprimée depuis le début des vomissements, il n'y avait pas d'évacuations alvines. Langue à peine un peu rouge aux bords; épigastre légèrement douloureux. En palpant le ventre, le docteur H. reconnut une grossesse d'environ sept mois. L'obstination de cette fille à nier sa grossesse, l'apparition si soudaine des vomissements, accompagnés de symptômes insolites, portèrent le docteur H. à soupçonner l'emploi de quelque substance abortive, mais ses recherches furent pour le moment infructueuses. Rien n'annonçait un commencement de travail; le ventre était assez souple, il n'y avait pas de perte. D'un autre côté, l'embonpoint général, le coloris du visage, éloignaient la supposition d'une maladie récente. On se borna à interdire les boissons nuisibles dont la malade faisait usage depuis deux jours, et à prescrire une décoction d'orge, la diète, etc.

Les vomissements se calmèrent bientôt; tous les autres symptômes persistèrent. Dans la matinée du 6, elle parut souffrir davantage. A onze heures, le facies, l'état général, tous les symptômes étaient les mêmes que la veille, mais il y avait une rémission sensible. En soulevant les couvertures, M. H. fut frappé de l'odeur caractéristique de l'accouchement. Entre les cuisses étaient deux enfants, tenant encore au placenta également sorti. Ils paraissaient être au terme de six mois et demi à sept mois; l'un d'eux était beaucoup plus gros que l'autre; ils étaient morts, et rien n'annonçait qu'ils eussent vécu après leur naissance. Ils n'offraient aucune trace de violence extérieure. Une assez grande quantité de sang et d'eau était répandue dans le lit, la matrice était bien contractée. Les douleurs, au rapport de cette fille, avaient commencé la veille, et l'accouchement s'était fait rapidement, il y avait une heure, et quoiqu'il eût été fort douloureux un moment, plusieurs personnes présentes dans la chambre n'en avaient conçu aucun soupçon. La journée et celle du lendemain offrirent peu de changements dans les symptômes. Etat de somnolence et de stupeur, rêvasseries, mouvements de torsion des membres, plaintes fréquentes : les urines et

les selles s'étaient rétablies, les lochies coulaient. On lui fit prendre des rôties au vin, suivant l'usage des campagnes.

Le 8 au soir, tuméfaction des mamelles, fièvre, délire, mouvements convulsifs des membres, violents et continuels; jusque là Marie n'avait pas été fort mal. A la suite de cette exacerbation, elle tomba dans un affaissement extrême; réapparition des vomissements, formés de bile verte, des aliments et des boissons qui étaient rejetés aussitôt après leur ingestion. Le 9, continuation des symptômes; le soir, détension des mamelles. Le 10 au matin, faiblesse extrême, prostration, somnolenee, stupeur, expression de l'ivresse, plaintes fréquentes, articulation de quelques monosyllabes; révasseries, subdelirium, tuméfaction énorme de la langue depuis deux jours, rouge, mais couverte d'un enduit épais blanchâtre. Pupille toujours resserrée, yeux ternes, vision confuse, pouls faible, mou, très petit, d'une lenteur extrême, mais régulier (30 puls.), chaleur de la peau au dessous de l'état normal. Bras agités de mouvements fréquents de torsiou, la tête roulant à droite et à gauche. Epigastre douloureux à la pression; le reste du ventre souple, indolore. La matrice est revenue sur elle-même. Vomissements bilieux continuels. La malade refusait toute nourriture et toute boisson; elle avait sensiblement maigri; les lochies étaient supprimées.

Ces symptômes, sans qu'il y eût péritonite, fortifièrent le docteur Hélie dans l'idée que l'avortement avait été provoqué par quelque substance narcotico-âcre. En effet, il acquit la certitude que Marie avait pris une décoction de feuilles de rue, sans qu'il ait pu savoir ni à quelle dose ni pendaut combien de jours elle en avait fait usage.

Les deux jours suivants, le 11 et le 12, l'état de la malade offrit peu de changements. (Deux larges vésicatoires avaient été placés aux cuisses, des cataplasmes à l'épigastre; on avait prescrit l'eau d'orge pour boisson, et à cause de l'extrême faiblesse quelques cuillerées d'une bouillie légère, qui d'abord avait été vomie, puis gardée; on appliqua alors deux vésicatoires aux jambes; l'eau sucrée froide fut donnée pour boisson.) Mais ensuite les symptômes s'amendèrent un peu. Le 13, un changement notable se manifesta; les symptômes de l'empoisonnement s'effaçaient peu à peu, et se fondaient dans la forme d'une fièvre typhoïde, sans que la maladie perdît de sa gravité. Les jours suivants, une amélioration notable survint; la langue revint à son état naturel; la salivation s'arrêta; les mouvements de torsion des membres cessèrent; l'intelligence parut moins obtuse; même état de faiblesse et de lenteur du pouls, mais la peau ne se refroidissait plus. Chaque soir mouvement fébrile. Il n'y avait de vomissements qu'à l'invasion de ce paroxysme. L'urine continuait d'être rendue involontairement, mais ne s'accumulait plus dans la vessie. Les lochies s'étaient rétablies. (Lait pour toute nourriture; eau de gomme lactée.) L'amélioration se prononça davantage. L'état typhoïde se dissipa en quelques jours; les mouvements fébriles du soir ne revinrent plus. Le ventre était souple, indolore; la constipation, opiniâtre pendant quelques jours, céda à deux onces de manne. L'écoulement de l'urine cessa d'être involontaire. Le visage reprit son expression naturelle, et l'intelli-

gence son étendue. La lenteur du pouls fut un des symptômes qui persistèrent le plus longtemps. Le 30 décembre, Marie revint chez ses maîtres, et put, quelques jours après, reprendre son service.

IIIe *Fait*. Une jeune fille, grosse de 4 à 5 mois, voulant se procurer un avortement, prit pendant plusieurs jours une forte dose de suc exprimé de feuilles de rue fraiches. Elle éprouva, dit-on, des accidents tout à fait semblables à ceux de l'observation précédente ; son état fut fort grave. On observa, entre autres symptômes remarquables, lorsque les accidents furent arrivés au plus haut degré d'intensité, la prostration, un état de somnolence, une débilité générale excessive, des lipothymies fréquentes, une petitesse extrême du pouls devenu faible et très lent, un refroidissement extraordinaire de la peau, des mouvements continuels non convulsifs des membres, et surtout des bras. Il survint, comme dans le cas précédent, une vive inflammation de la langue, une tuméfaction considérable de cet organe, et une salivation abondante. On vit l'avortement se préparer peu à peu pendant quelques jours. Le fœtus ne fut expulsé que vers le sixième jour, à dater du développement des accidents de l'empoisonnement. Après que l'avortement fut opéré, tous les symptômes commencèrent à diminuer d'intensité ; il ne survint pas d'inflammation de l'utérus. Les accidents de l'empoisonnement durèrent au moins une douzaine de jours ; ils se calmèrent peu à peu. La jeune fille se rétablit lentement.

M. H. fait ressortir les phénomènes observés chez ces individus en vue de déterminer le mode d'action qu'exerce la rue dans l'état de gestation. D'après ces faits et ceux que l'on trouve épars et brièvement énoncés dans quelques auteurs, il pense que cette plante, rangée avec raison dans la classe des poisons narcotico-âcres, a une propriété abortive indépendamment de toute prédisposition. Les faits ne sont peut-être pas assez nombreux ni assez précis pour résoudre toutes les questions sur lesquelles se prononce M. H. Nous reproduirons toutefois quelques unes de ses remarques et de ses conclusions comme fort probables ou à vérifier par des observations ultérieures, sinon comme démontrées.

Suivant ce médecin, il n'y a point de rapport constant, nécessaire, entre l'inflammation gastro-intestinale que détermine la rue et les troubles du système nerveux, ou les contractions de l'utérus. Combien d'autres substances qui enflamment bien plus vivement l'estomac, n'exercent point une influence semblable sur l'utérus ! Il semblerait même, d'après quelques faits, que c'est précisément lorsque l'inflammation gastro-intestinale a été la plus violente et la plus prolongée, que l'avortement n'a pas eu lieu.—L'action exercée sur l'encéphale n'est pas le narcotisme pur, mais un narcotisme uni à des phénomènes d'excitation des centres nerveux. — L'état de faiblesse et de lenteur du pouls, la dépression de la chaleur, dénotent une in-

fluence spéciale de la rue sur le cœur, qui ne s'observe pas dans l'opium.—L'action de la rue sur l'utérus est toujours secondaire : il faut un certain temps et souvent la répétition des doses pour qu'elle s'exerce. Les contractions utérines provoquées ainsi suivent les mêmes lois que celles de l'accouchement naturel ; elles paraissent moins spasmodiques, moins violentes que celles que détermine le seigle ergoté donné dans le travail normal.—L'action spéciale de la rue sur l'utérus est prouvée par la fréquence de l'avortement qu'elle produit, tandis que c'est un effet accidentel et fort rare dans le cas de phlegmasie gastro-intestinale, déterminée par toute autre cause; en outre, l'avortement a lieu quelquefois dans des circonstances où la rue n'avait déterminé qu'une irritation gastrique peu intense et d'une courte durée et des accidents nerveux modérés. L'avortement avait été presque aussi simple qu'une fausse-couche ordinaire.—Dans les faits cités ici, c'est la rue des jardins qui avait été employée: les anciens lui attribuaient moins d'activité qu'à la rue sauvage. Toutes les parties de la plante possèdent les mêmes principes actifs ; la racine paraît en contenir un peu moins que les feuilles. La rue perd beaucoup de son activité par la dessiccation; c'est ce qui explique l'innocuité des doses élevées auxquelles la rue est conseillée comme emménagogue dans divers ouvrages de matière médicale. Il serait difficile de préciser à quelle dose la rue fraîche est vénéneuse, à quelle dose elle peut déterminer l'avortement. Dans la première observation citée, c'était une décoction concentrée de trois racines de la grosseur du doigt. Dans les deux autres, la quantité de rue employée n'a pu être exactement connue. Il est présumable que le suc exprimé de quelques onces de feuilles de rue, que la décoction de 3 ou 4 onces de ces feuilles, agiraient toujours comme poison, et que la répétition de ces doses pourraient déterminer l'avortement.—Comme toutes les substances dont l'action s'exerce particulièrement sur le système nerveux, la rue agit avec une énergie en partie relative aux différences de sensibilité des divers organismes. Chez quelques personnes l'avortement a été déterminé par des doses peu élevées de rue ; chez d'autres il n'a eu lieu que par l'usage de doses considérables et répétées; chez d'autres enfin, l'utérus n'a paru ressentir aucune influence de la rue, à quelque dose qu'elle ait été prise. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1838, t. XX, p. 180.)

Séances de l'Académie royale de Médecine.

Séance du 4 décembre. — **Revaccinations.** — M. Fiard ayant écrit au ministre de l'instruction publique, pour lui demander à faire partie d'une commission qui serait instituée dans le but de tenter des expériences de revaccination, M. le ministre s'adresse à l'Académie, pour la consulter sur l'opportunité de cette demande. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

Fièvre jaune. — M. Chervin fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Goupilleau, de l'école de Paris, concernant la fièvre jaune qui a régné à Tampico (Mexique), dans l'automne de 1836. M. Goupilleau, après avoir décrit la situation de la ville et de ses environs, rapporte que les premiers cas furent observés à la fin de septembre, après des pluies abondantes et de fortes chaleurs. On a examiné avec soin le mode de propagation et de transmission de la maladie, et on n'a pu constater un seul cas avéré de contagion. L'auteur n'a perdu que les deux cinquièmes environ de ses malades; il a pratiqué des saignées, mais peu abondantes et peu nombreuses. M. Chervin relève ce fait que la contagion n'a pu être constatée, et affirme qu'il en est toujours ainsi de la fièvre jaune. Quant au traitement, M. Goupilleau a certainement été trop timide. On peut, dès le début, saigner très largement les malades; on retire de grands avantages de cette pratique.

Séance du 11 décembre. — **Observations sur les Lapons.** — M. Gérardin entretient l'Académie d'une lettre particulière qu'il a reçue de M. le docteur Robert, actuellement en voyage dans les contrées septentrionales de l'Europe. M. Robert a observé dans ces régions une sorte de lèpre fort grave, caractérisée par une éruption tuberculeuse suivie d'ulcérations peu douloureuses, mais qui étendent très profondément leurs ravages, et peuvent faire tomber les orteils, les pieds, etc. Quant à l'étiologie de cette terrible maladie, M. Robert est porté à penser que la mauvaise nourriture, la misère et les habitations sales et humides dans lesquelles vivent les habitants, en sont les principales causes. On a dit et répété de toutes parts que les Lapons étaient d'une petite taille; cela n'est pas absolument vrai, ou plutôt ce vice dans leur stature n'est qu'apparent : les Lapons ont les jambes fortement cambrées, et présentent

un arc à concavité interne qui résulte de l'habitude où ils sont d'aller presque constamment à cheval.

—M. Delafond lit sur l'*altération du sang chez les animaux domestiques* une notice dont nous rendrons compte à l'occasion du rapport dont elle sera l'objet.

Pied-bot congénital (*Étiologie du*). M. Guérin lit un mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux, dont voici la conclusion : 1° Le pied-bot congénital est le produit de la rétraction musculaire convulsive, ou contracture des muscles de la jambe et du pied. Cette affection peut être produite par une affection générale ou locale du système nerveux. 2° A défaut de traces générales ou directes de l'affection convulsive, le pied-bot congénital porte avec lui des caractères immédiats à l'aide desquels on peut toujours reconnaître la nature de la cause. 3° Le fait de la rétraction musculaire est complexe ; il comprend trois éléments distincts : le raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie, et le raccourcissement consécutif ou arrêt de développement du muscle rétracté. Chacun de ces éléments concourt pour sa part à la formation du pied-bot, et agit différemment suivant le degré et le siége de la rétraction, par rapport aux muscles qu'elle occupe. 4° Il n'existe point d'autres causes du pied-bot congénital que la rétraction musculaire convulsive. Les autres circonstances capables de déformer les pieds avant la naissance impriment des caractères propres à leur produit, qui les font reconnaître, et empêchent de les confondre avec le véritable pied-bot. C'est à cette occasion que l'auteur a rapporté un fait fort curieux de monstruosité par cause mécanique. Il s'agit d'une déformation des pieds produite par la compression du fœtus dans la matrice, et qui consiste dans un aplatissement du pied dans le sens transversal. Tous les éléments de cette extrémité, les os, les ligaments, les muscles, etc., participaient à cet aplatissement, de manière à exprimer parfaitement le mode d'action uniforme d'une pression mécanique suivant un même plan.
— A la suite de cette lecture, une discussion assez vive s'est engagée au sujet de la réponse que l'on devait adresser au ministre de l'instruction publique, sur la demande de M. Fiard que nous avons mentionnée au commencement de la séance du 4 décembre. L'Académie décide qu'il ne doit pas être donné suite à une pareille demande, puisque déjà une commission prise dans le sein de la compagnie s'occupe de cette grave question (les revaccinations).

Séance du 18 septembre. — L'Académie renouvelle son bureau :

M. Husson est nommé président, M. Bailly vice-président, après un ballottage avec M. Pelletier, et enfin M. Roche est continué dans ses fonctions de secrétaire annuel. L'Académie se forme ensuite en comité secret, pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale.

Séances de l'Académie royale des Sciences.

Séance du 10 *décembre.*—Embryologie.—M. Serres fait une communication sur ce sujet. Une des propositions contenues dans le paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie au mois de juillet dernier, dit-il, est relative au développement de l'amnios chez l'embryon humain. Elle a pour objet de montrer qu'en appliquant à l'homme l'amniogénie des oiseaux, on ne peut se rendre un compte exact ni de la pénétration de l'embryon dans la cavité de l'amnios, ni des cas dans lesquels, cette pénétration n'ayant pas lieu, l'embryon reste en dehors de cette vésicule... Tout le monde sait que l'embryon humain est suspendu par son cordon ombilical dans la cavité de l'amnios, mais on n'est pas encore fixé sur la manière dont il pénètre dans cette cavité ou sur le mécanisme par lequel cette membrane l'enveloppe de toutes parts en formant une gaîne aux vaisseaux ombilicaux et omphalo-mésentériques, au pedicule de la vésicule ombilicale et à l'ouraque. Divers faits décrits par les auteurs, joints à ceux qu'a observés M. Serres, prouvent que le mode de formation de l'amnios chez les oiseaux ne saurait être appliqué avec rigueur à la formation de la même enveloppe de l'homme; que si, chez les oiseaux, la vésicule de l'amnios est subordonnée à l'embryon, cette subordination est beaucoup moins prononcée chez l'homme et les mammifères, puisque quelquefois la vésicule devient entièrement indépendante de l'embryon. Or, c'est cette indépendance primitive qui seule permet d'expliquer chez l'homme les cas dans lesquels l'embryon ne pénètre pas dans la cavité de l'amnios. Un fait récemment observé par M. Serres, et qu'il rapporte en détail avec quatre autres cas antérieurement observés, est un nouvel exemple de cette non-pénétration.

« Ces faits rapprochés de ceux qui déjà sont dans la science, dit en terminant M. Serres, ne sont-ils pas de nature à établir que l'amnios se comporte à l'égard de l'embryon comme le font en général

les membranes séreuses par rapport aux organes qu'elles enveloppent? L'embryon humain, en s'enfonçant dans l'amnios, ne reproduit-il pas le mécanisme par lequel l'ovule arrivant de la trompe dans l'utérus, et y rencontrant la caduque, déprime cette membrane, s'y enfonce en y pénétrant, et donne naissance par cette pénétration au feuillet réfléchi que l'on désigne sous le nom de caduque réfléchie? Si ce mécanisme de la pénétration de l'embryon dans la cavité de l'amnios est confirmé par des faits nouveaux, nous aurons l'explication des anomalies que nous avons rapportées dans le cours de nos observations. Car on conçoit que si la vésicule amniotique est indépendante primitivement de l'embryon, l'arrêt de formation peut porter alternativement ou sur la vésicule ou sur l'embryon. Dans le premier cas, on trouvera l'embryon à nu, flottant dans la cavité de l'amnios; et dans le second, ce sera la vésicule de l'amnios qui seule sera enveloppée par le chorion. Enfin, dans un troisième ordre de faits, l'amnios et l'embryon seront en présence dans la cavité du chorion, mais aux divers degrés de pénétration dont nous avons donné des exemples. »

Monstruosité bicorps. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire dépose sur le bureau une planche lithographiée représentant les jumelles de Prunay-sous-Albis. Cette planche, dit-il, est la copie réduite d'un dessin très fidèle qui a été fait d'après le vivant. Quant aux détails anatomiques qu'offre cette lithographie, ils sont empruntés à un travail sur un cas analogue imprimé dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1706 et dont l'auteur est le célèbre Duverney.

Lait (*Influence de la nourriture des vaches sur la quantité et la qualité du*). — M. Boussingault présente un mémoire dans lequel il expose les résultats d'expériences entreprises dans la vue de constater si les aliments consommés par les vaches influent d'une manière appréciable sur la production du lait et sur sa composition. — Ce travail permet d'établir que la nature des aliments consommés n'exerce pas une influence sensible sur la quantité et la constitution chimique du lait : si les vaches recevaient les équivalents nutritifs de ces différents aliments, on observerait de grandes variations dans le produit en lait; mais alors ces variations auraient pour cause principale l'augmentation ou la diminution de la matière nutritive. On sait, par exemple, que les vaches qui, pendant l'hiver, sont réduites à une simple ration de paille hachée, cessent presque entièrement de produire; et l'on comprend qu'en présence d'un tel fait on ait été porté à attribuer le retour et l'abondance du lait aux pro-

priétés des fourrages verts du printemps, tandis que cet effet est en grande partie produit par une augmentation réelle dans la ration alimentaire. — Dans les établissements où l'on suit un système d'assolements raisonnés, de manière à assurer pour l'hiver une nourriture saine et abondante au bétail, la différence, si elle existe, des produits de l'hiver à ceux de l'été, est en tous cas beaucoup moins considérable (1).

Séance du 17. — Une discussion s'engage, au sujet de la communication précédente de M. Serres, entre cet académicien et M. Breschet, qui revendique la priorité des idées émises dans la dernière séance par son collègue. Nous ne croyons pas devoir reproduire ce débat.

Monstruosité bicorps. — M. Flourens communique l'extrait d'une lettre de M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, relativement à un cas de monstruosité.

Le 22 septembre, la Mahonaise Juana, femme mariée, de 22 à 23 ans, résidant à Alger, a mis au monde, par suite d'une première grossesse, une fille bicorps, ou, pour mieux dire, deux petites filles parfaitement conformées, réunies seulement par le thorax. Ces deux filles venues à terme, et qui réunissaient toutes les conditions favorables pour vivre, périrent dans le travail de l'accouchement. La colonne vertébrale se bifurquait de bas en haut, à partir de la dernière vertèbre dorsale. Il y avait deux cœurs adossés l'un à l'autre latéralement. Le poumon droit se composait de quatre lobes, et le gauche de trois. Il y avait deux œsophages, deux estomacs, deux duodénums, deux jéjunums. Ceux-ci, marchant parallèlement l'un à l'autre, finissaient par ne former qu'un seul tube qui contenait à peu près toute la longueur de l'iléum. Le foie présentait trois divisions : celle du milieu recevait la vésicule qui était volumineuse, orbiculaire, en contact avec les parois abdominales. Il n'y avait que deux reins, placés chacun sur la colonne vertébrale; le droit sous le foie, le gauche sous le diaphragme. Il n'y avait qu'une seule vessie, mais elle était plus volumineuse que chez un enfant à terme. Il y avait deux utérus placés l'un à côté de l'autre latéralement, deux vagins disposés de la même manière et aboutissant à une seule vulve.

M. Guyon ajoute que, depuis son séjour en Afrique, il entend si souvent parler de monstruosités parmi les femmes européennes établies à Alger, qu'il est disposé à croire que ces monstruosités y sont

(1) Pour le détail des faits consignés dans le mémoire de M. Serres et de la discussion qui s'en est suivie, on peut consulter les numéros 24 et 25, deuxième semestre des *Comptes-rendus des Séances de l'Académie des Sciences*.

plus communes qu'en Europe. D'après ce qu'on m'a dit, ajoute-t-il, les monstruosités humaines ne seraient pas rares non plus chez les Arabes, qui se hâtent de les détruire. Quant à celles qui proviennent des animaux, ils sembleraient en rechercher les produits comme choses curieuses.

HÉMATOSE. — M. Carus écrit qu'ayant eu occasion de répéter les observations faites récemment en France et en Allemagne sur les causes de la fermentation, il a été frappé de la ressemblance d'aspect que présentent, comparés l'un à l'autre, le ferment liquide avec ses nombreux végétaux globuliformes, et le sang avec ses globules; et qu'il a été conduit par là à soupçonner une analogie entre le phénomène de la fermentation et celui de l'hématose.

BULLETIN.

CHAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS AU CONCOURS. — DE LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DES CLINIQUES PARTICULIÈRES. — DEMANDE DE PERMUTATION DE CHAIRE DE M. DUMÉRIL. — PERMUTATION DE M. ANDRAL.

Des renouvellements nombreux ont eu lieu à l'École de Médecine dans ces dernières années. Le concours a déjà, depuis sa restauration, introduit dans la Faculté plus de la moitié des professeurs qui occupent aujourd'hui les chaires, et dans peu les concurrents auront à lutter pour deux places récemment devenues vacantes. L'une d'elles, la chaire de matière médicale et de thérapeutique, ne tardera pas à être disputée, toute demande de permutation ayant été rejetée; quant à l'autre, la chaire de pathologie générale, on ne sait qu'en croire dans le public médical, et rien ne paraît encore décidé sous ce rapport (1). Pour nous, nous désirons qu'elle soit mise au concours : 1° parce que le système des permutations nous semble véritablement abusif, et 2° parce qu'on doit être curieux de voir comment un certain nombre de candidats, d'esprit et de connaissances diverses, entendront ce cours de pathologie générale sur lequel les avis ont été si partagés.

Jusqu'à présent, les cours de pathologie générale, créés à Paris et à Montpellier, n'ont servi qu'à nous donner une répétition de

(1) Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons appris la nomination de M. Andral que nous annonçons plus bas.

ce que nous connaissions depuis quinze ans sur le système de *l'école physiologique*, ou bien à faire vigoureusement siffler un jeune médecin, dont les humbles prétentions se bornaient à aller réveiller le feu sacré dans le cœur des disciples de Mon pellier, et à rendre à l'école des Sauvage et des Barthez son antique splendeur. Quant à un véritable cours de pathologie générale, nous l'attendons encore; la permutation ou le concours nous le donneront-ils?

Personne n'a douté un seul instant que cette nouvelle chaire n'ait été instituée pour porter Broussais à l'École de Médecine, honneur fatal qui, faisant perdre au vieil athlète le terrain sur lequel il aimait à combattre, lui enleva le dernier reste de vigueur qui le soutenait encore. Si, à l'époque où cette innovation fut faite, on ne pouvait avoir en vue d'autre professeur que Broussais, a-t-il surgi depuis un homme qui puisse accomplir la tâche à laquelle il a succombé? Bien plus, est-il possible dans l'état actuel de la science de remplir une pareille tâche?

Si l'on ne considère que les publications faites dans ces dernières années, il faut reconnaître que la pathologie générale n'a pas fait de très grands pas, et certes il n'en pouvait être autrement. Qu'est-ce, en effet, que la pathologie générale? N'est-ce pas le dernier terme de toutes les connaissances pathologiques? n'est-ce pas, pour ainsi dire, l'essence de la pathologie spéciale? Ce n'est donc qu'appuyée sur cette dernière que la première peut avancer, et si la pathologie spéciale marche très lentement, par la force des choses, la pathologie générale ne peut faire de grands progrès.

On a beau admirer la sagacité et l'esprit des anciens, on est forcé de convenir que, faute d'exactitude et de précision, ils ne nous ont guère laissé, malgré tout leur génie, que des questions à résoudre; non qu'ils ne les aient toutes hardiment résolues eux-mêmes, mais parce que la conviction ne saurait sortir de leurs écrits, dans lesquels l'observation exacte des faits, et l'interprétation pure et simple des observations est loin de tenir la première place. C'est donc d'abord à revenir sur toutes ces questions, à faire passer au creuset de l'observation moderne les théories anciennes, que les médecins de nos jours ont dû s'occuper, renvoyant à l'époque où les documents seraient suffisants la généralisation des faits particuliers, c'est-à-dire la pathologie générale. Est-il un seul écrit récent qui ait prouvé que ce moment était arrivé? Nous n'en connaissons aucun. — Mais suit-il de là qu'un cours de pathologie générale ne peut pas être fait? Ceci nous conduit à l'examen de la seconde question.

Un cours de pathologie générale peut, à notre avis, être fait et

non sans quelque utilité, même au milieu de toutes ces circonstances défavorables ; mais voici la seule manière dont nous le concevons : il est un certain nombre, quoique fort petit, de lois pathologiques générales aujourd'hui bien connues; l'exposition de ces lois, jointe aux explications techniques et classiques, formerait ce que nous appellerons la partie positive de la pathologie générale, partie bien faible sans doute, mais qui ne laisserait pas d'être brillante entre bonnes mains; vient ensuite la partie négative, la quantité immense des *desideranda* qui, bien traitée, donnerait lieu à des considérations d'un intérêt majeur. Il serait piquant de voir, dans une chaire où l'on est censé appelé pour enseigner ce qui est connu, un professeur presque uniquement occupé à signaler ce qui est inconnu, et trouver à peine de loin en loin quelques vérités surnageant sur le gouffre immense de l'erreur : *rari nantes.* Ce serait là cependant le seul moyen d'être réellement utile à la pathologie générale (dans un cours s'entend, car, avant tout, on doit placer les recherches cliniques). En montrant les lacunes immenses qui existent dans cette partie de la science, on pourrait espérer de faire naître dans l'esprit des auditeurs le désir de les combler, et l'on détruirait chez quelques-uns cette funeste confiance qui fait dormir la multitude sur les traditions du passé. Qu'on nous donne un professeur qui comprenne ainsi sa mission, qui s'attache à nous faire connaître l'état de la science dans toute sa nudité plutôt qu'à faire valoir des systèmes et des théories, nous applaudirons à ce choix ; mais il faut pour cela un homme aussi au courant des recherches modernes que des écrits anciens, un homme qui joigne à une connaissance approfondie de l'histoire de la médecine une étude non moins profonde de la clinique, et qui, par dessus tout, possède une bonne méthode pour s'élever des faits particuliers aux faits généraux, ou aux lois pathologiques.

Une autre difficulté, c'est que la pathologie générale embrasse la chirurgie aussi bien que la médecine, en sorte qu'il serait à désirer que le professeur fût tout autant versé dans l'une que dans l'autre de ces deux principales branches de l'art de guérir. Quelque vaste que devienne chaque jour la science, il viendra sans doute un temps (Dieu sait quand!) où la réunion de toutes ces conditions sera possible; c'est lorsque toutes les questions particulières auront été éclairées. Alors il ne s'agira plus que de s'élever à la généralisation de tous les faits connus et de les résumer dans une exposition rapide; mais aujourd'hui où il faut s'arrêter à chaque pas pour vérifier les faits et les assertions, pour examiner les opinions et les raisonnements, qui osera se jeter dans cet immense chaos?

Pour nous, la pathologie générale n'est point, comme on le voit, un simple cours scolastique, dans lequel on démêle péniblement la différence qui existe entre un symptôme et un signe, et où l'on apprend comment se nomme une fièvre qui revient tous les deux ou trois jours, à heure fixe; un cours semblable serait plus qu'inutile à la Faculté de Paris; c'est pour envisager la question de plus haut qu'on a créé la chaire; mais d'un autre côté il ne faut pas prendre son vol à une telle hauteur qu'on perde de vue les faits, qui sont la base de la pathologie générale comme de la pathologie spéciale. Faisons des vœux pour que toutes ces difficultés soient vaincues.

— En nous occupant de cette chaire de pathologie générale qui fut créée au moment où on s'y attendait le moins, et où, il faut le dire, on était encore loin d'en sentir le besoin, nous n'avons pu nous empêcher de faire un rapprochement remarquable. Ce fut à peu près à la même époque que quelques-uns des plus instruits parmi les internes des hôpitaux eurent l'heureuse idée de faire des cours particuliers de clinique Quelle différence dans ces deux créations! L'une est pleine d'éclat, l'autre est perdue dans l'ombre. La première place au premier poste de l'enseignement un homme dont le nom a retenti partout pendant dix ans; la seconde est due à quelques jeunes gens ayant encore le titre d'élèves, mais se sentant capables d'être maîtres à leur tour. Si l'on ne considère que le côté brillant, l'institution de la chaire de pathologie générale l'emporte de beaucoup sur ces obscurs enseignements qui sont, pour ainsi dire, nés d'eux-mêmes. Si l'on a égard à l'utilité, en est-il encore ainsi? Nous ne le pensons pas, tout en rendant pleine et entière justice aux honorables intentions des créateurs de la chaire nouvelle, et en faisant la part de célébrité du professeur élu.

De toutes les branches de la médecine, la clinique est, sans contredit, la plus importante. Il est assurément très bon pour l'élève qui quitte les bancs d'emporter dans sa pratique les préceptes théoriques qu'il aura puisés dans les cours de l'amphithéâtre. Mais que seraient pour lui ces préceptes, s'il n'avait appris à en faire l'application? Que lui importerait de connaître à fond les symptômes d'une maladie, s'il ne savait pas les démêler tous sur le malade? C'est là ce que les élèves ne peuvent apprendre que dans les cliniques. Eh bien! il suffit d'être un peu au courant de ce qui se passe dans les huit cours de clinique médicale ou chirurgicale de Paris, pour voir que, sous ce point de vue, ils sont et ne peuvent qu'être tout à fait insuffisants.

Les découvertes modernes, en donnant au diagnostic une préci-

sion inconnue jusqu'à nous, ont créé pour le praticien des difficultés également inconnues. Tout le monde sait aujourd'hui que, pour bien distinguer les maladies, il ne suffit pas d'en avoir bien compris la description, et de s'approcher ensuite des malades pour les soumettre à une exploration facile. Il est encore une éducation préalable, une éducation particulière, sans laquelle ce qui est le plus clair dans les traités de pathologie devient, dans l'application, d'une extrême obscurité. Or, c'est cette éducation que les élèves ne peuvent pas acquérir, ou ne peuvent acquérir que très imparfaitement dans les grandes cliniques. Nous dirons plus, c'est que, manquant de cette éducation préalable, ils perdent nécessairement les fruits les plus précieux des leçons du professeur. Dans ces leçons, en effet, que viennent-ils chercher? la manière dont un homme habile et dès longtemps exercé applique les connaissances pathologiques. Mais comment pourraient-ils juger sainement cette application, comment pourraient-ils en profiter, s'ils ne sont point en état de reconnaître les phénomènes les plus évidents qui leur sont signalés? Comment le pourraient-ils surtout, si, pouvant à peine aborder le malade pendant quelques instants, ils n'ont pas le temps de se rendre compte des sensations rapides qu'ils ont reçues?

Dans les cliniques particulières, au contraire, où le nombre des élèves est très limité, ceux-ci acquièrent en très peu de temps une habitude qui, pour leur maître, fut le fruit de longues et patientes études, et bientôt leur supériorité sur ceux qui ont suivi la voie commune devient incontestable. Qui croirait cependant que cet utile enseignement non seulement n'a trouvé aucune protection, mais encore a rencontré des entraves? C'est que malheureusement, en médecine comme en tout, le brillant passe avant le solide. On crée une chaire de pathologie générale, et l'on tolère à peine, si même l'on ne défend les cliniques particulières. Pour nous, nous ne saurions trop attirer l'attention des personnes haut placées dans l'instruction publique sur ce nouveau mode d'enseignement né de la force des choses, et qui, favorisé comme il mérite de l'être, peut rendre pour ainsi dire vulgaire, parmi les médecins, une instruction clinique qui n'est encore que trop rare.

Ce serait un beau rôle à remplir pour l'université, qui cherche de tant de manières à rendre complètes les études de tout genre, que de s'emparer de cette nouvelle forme d'enseignement clinique, de la régulariser, de la rendre officielle, et de la féconder en l'attirant dans son sein.

Dire sur quelles bases on établirait ces cliniques *primaires*, s'il

est permis de s'exprimer ainsi, serait chose inutile; il nous suffit d'avoir démontré l'importance du principe. On conçoit, en effet, facilement comment on pourrait utiliser, dans des leçons de ce genre, toute une jeunesse médicale dont les études cliniques ont occupé les plus précieux moments. Nous ne voulons pas entrer aujourd'hui dans de semblables détails; l'occasion de revenir sur une question d'un aussi haut intérêt se représentera sans doute avant qu'il soit longtemps.

—S'il fallait en croire certains bruits qui ont couru il y a quelque temps, les améliorations à introduire dans les facultés déjà existantes auraient moins occupé le conseil de l'instruction publique que certain projet de création de trois facultés nouvelles en province. C'est là, sans doute, un résultat des principes de *décentralisation* qui prévalent aujourd'hui chez certains esprits. Quant à nous, nous pensons que la création de trois facultés nouvelles serait à la fois un funeste présent fait aux villes qui les posséderaient, et un fléau pour toute la France. Qu'on se rappelle ce qui eut lieu avant la révolution, lorsqu'on eut la malheureuse pensée de multiplier les écoles de médecine, en leur donnant le droit de faire des docteurs. On se plaint aujourd'hui de la facilité avec laquelle on confère un titre qui met entre les mains d'un homme la santé et la vie de ses semblables. Que dire donc de ce qui se passait alors? Le diplôme de docteur n'était le plus souvent qu'une arme fatale entre les mains d'un aveugle; et c'est à un pareil régime que quelques personnes voudraient nous ramener! Le système de décentralisation peut avoir son bon côté; mais ce n'est pas en l'appliquant d'une manière aussi irréfléchie qu'on pourra le faire triompher.

Si quelques changements à ce qui existe nous paraissaient nécessaires, ce seraient des changements tout opposés. Nous concevrions bien plutôt que pour donner plus d'unité au corps médical, pour être sûr que la même sévérité préside à la réception des docteurs, pour éviter que l'on soit ici admis avec une très grande difficulté, là avec une facilité extrême, on exigeât que les cours de médecine vinssent nécessairement se terminer à Paris, où les études cliniques sont incomparablement plus faciles que partout ailleurs. S'il en était ainsi, on pourrait multiplier sans inconvénient les écoles de province, qui ne seraient que des écoles préparatoires, car alors on aurait toujours une dernière garantie qui répondrait du passé des candidats. Ce projet-là ne serait peut être pas agréable aux deux sœurs de la faculté parisienne; mais quand on veut bien faire, on ne peut satisfaire tout le monde.

—Le concours pour la chaire de matière médicale et de thérapeutique, vacante à la Faculté de médecine de Paris par la mort du professeur Alibert, doit s'ouvrir le 8 avril 1859. — En faisant ressortir l'importance du cours de matière médicale tel que nous concevons qu'il devrait être fait à la Faculté, nous nous exprimerons sur le système d'épreuves qu'il serait peut-être nécessaire d'établir dans le concours prochain pour en atteindre le but, celui de choisir, parmi les nombreux concurrents qui se présenteront sans doute, le plus digne d'occuper la chaire disputée. Mais, en attendant, nous devons dire quelques mots d'une discussion élevée au sein de la Faculté, et dont cette chaire a été le prétexte : discussion sur laquelle nous nous serions gardé d'attirer l'attention si les parties n'en avaient appelé à une publicité toujours fâcheuse dans des questions purement personnelles. Si nous entrons, du reste, un moment dans ce débat, c'est particulièrement en vue de montrer tous les inconvénients attachés à la liberté de permutation des chaires, sans aucune spécification préalable.

Au moment où allait être proclamée l'ouverture, déjà si retardée, du concours de matière médicale, plus d'un an après la vacance de la chaire, un des professeurs fit, en séance particulière de la Faculté, la proposition de permutation de la chaire de pathologie de M. Duméril contre celle de matière médicale. La principale objection que suscita cette proposition, et qui fut, à ce qu'il paraît, élevée surtout par M. le doyen de la Faculté, était puisée dans la demande tardive de la permutation, dans la lésion des droits de nombreux compétiteurs qui se préparent au concours depuis la vacance de la chaire, enfin dans le refus que, par ces motifs, ferait sans doute le conseil de l'instruction publique de ratifier la permutation, en supposant que la Faculté l'accordât. La Faculté s'arrêta, dans cette séance, à charger M. Orfila de pressentir sur ce sujet l'opinion du conseil : démarche que blâme avec raison M. Duméril, mais qui ne fut probablement adoptée que dans la vue d'écarter indirectement une proposition qui paraissait peu convenable, sans désobliger un collègue justement estimé. Cependant M. Duméril persista, et la Faculté dut voter sur la demande formelle de ce professeur de passer de la chaire de pathologie à celle de matière médicale. Les voix ayant été également partagées dans un premier tour de scrutin, et M. le doyen, à qui le réglement accorde dans ce cas le privilége de double voix, n'ayant pas voulu user de ce droit, l'affaire ne fut décidée que dans une séance ultérieure : la demande en permutation fut rejetée à la majorité de 11 voix contre 9.

C'est contre cette décision, et surtout contre les motifs qui l'ont déterminée, que M. Duméril s'élève dans une correspondance rendue publique, et qui a nécessité une réponse imprimée de la part de M. Orfila, fortement inculpé par son collègue. Nous laisserons de côté tout ce qui est personnel dans cette discussion, pour nous en tenir au point de droit.

Il est certain que si la permutation, considérée comme favorable aux intérêts de l'enseignement, eût été dans ce cas une mesure juste, il eût été de la dignité de la Faculté de la décider sans avoir égard à l'opinion présumée du conseil universitaire, mais en est-il ainsi? Nous ne le croyons pas, et nous avons déjà donné une explication probable de la démarche faite auprès du conseil, au nom de la Faculté. M. Duméril allègue que, dès la vacance de la chaire, la plupart des professeurs et un grand nombre de concurrents présumés connaissaient ses intentions de permutation; qu'en outre, le concours n'étant pas ouvert, la permutation ne violait les droits d'aucun des concurrents, puisque aucun n'avait encore pu se faire légalement inscrire; qu'enfin la plupart des concurrents étaient également préparés à disputer une chaire de pathologie. Ces divers motifs ne nous paraissent guère valables, et ont été facilement réfutés par M. Orfila. Nous doutons, en effet, que la plupart des concurrents présumés fussent également disposés à disputer la chaire de pathologie interne et celle de matière médicale. Les études qu'exige cette dernière branche ont un caractère trop spécial pour laisser des deux côtés le même avantage à ceux qui s'y livrent, non pas seulement depuis la vacance de la chaire, mais de longue date. Dès-lors, pour prétendre que les droits d'aucun des compétiteurs futurs n'étaient lésés, suffisait-il que la plupart d'entre eux fussent préparés à l'éventualité d'une permutation qui se faisait attendre depuis plus d'un an?

Nous croyons donc que dans ce cas la permutation eût été une mesure peu équitable, qui lésait des intérêts consacrés, qui violait en quelque sorte des droits acquis. Du reste, il en est de même de toute permutation de chaire en général. N'est-ce pas enlever à ceux qui se livrent à une carrière particulière, à des études spéciales, les chances naturelles, prévues ou imprévues, qui soutiennent leurs travaux? Nous concevons que les intérêts de l'enseignement commandent quelquefois les permutations; mais ce ne peut être que dans des cas extrêmement rares, dans des circonstances si nettement tracées, qu'on ne puisse craindre de concessions faites à des prétentions peu fondées ou à des arrangements qui n'auraient pas l'intérêt de l'enseignement pour seul motif. Du reste, il serait à désirer que

les permutations ne pussent être faites que lorsqu'il s'agit de chaires en quelque sorte voisines par leur objet, telles que les chaires de pathologie et de clinique et quelques autres, et que ce droit limité fût bien spécifié d'avance.

Dans la séance du jeudi 20 décembre, le conseil de la faculté a autorisé M. le professeur Andral à prendre la chaire de pathologie générale. Personne plus que lui n'est en état de lutter avec avantage contre les difficultés que nous avons signalées plus haut; et cette nomination est de nature à diminuer beaucoup les regrets que nous éprouvons de ne pas être appelés à voir les concurrents à l'œuvre.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais avec des notes, par G. Richelot, docteur en médecine. — 4 volumes grand in-8°, texte compacte, et un atlas de 60 planches in-4°, dessinées par Emile Beau. Chez Labé, libraire, rue de l'École de Médecine, 10, à Paris.

Il n'est point de nom plus connu et plus honoré en chirurgie que celui de John Hunter; ses nombreux titres à la gloire ont pu dès longtemps être appréciés par tout le monde, et il semble que rien n'est moins nouveau que la publication dont nous avons à rendre compte. Rien au contraire n'offre plus de nouveauté. Les nombreux écrits de Hunter se trouvaient dispersés çà et là : ils ont été réunis; aucune traduction des œuvres complètes n'avait été tentée : elle vient d'être exécutée, et au texte de l'auteur ont été ajoutées des notes dont les travaux modernes ont fourni la matière au traducteur; les planches, enfin, ont été copiées avec soin et intelligence lorsqu'elles étaient parfaites, améliorées lorsqu'elles péchaient par quelque point, refaites lorsqu'elles étaient indignes de ce grand ouvrage. C'est donc avec l'intime conviction que M. Richelot vient de rendre un véritable service à la science que nous annonçons les deux premières livraisons de sa traduction.

Ces deux livraisons sont consacrées presque tout entières à l'histoire de la vie de Hunter et à la bibliographie de ses ouvrages; c'est de la vie de Hunter telle qu'elle a été tracée par M. Drewry Ottley

que nous allons essayer de donner une idée. On aime à voir comment ces hommes élevés par leur talent aux sommités de leur art en ont gravi les pénibles sentiers.

Lorsqu'en 1748, et dans sa vingtième année, John Hunter quitta une vie oiseuse et dissipée pour venir à Londres, où son frère William professait alors l'anatomie, on ne se serait pas douté que cette nature inculte, cette éducation à peine ébauchée, promettaient à l'Angleterre un des savants qui devaient le plus l'honorer. Il fit de l'anatomie et en fit à la satisfaction de son frère; mais rien n'annonçait encore ces grandes découvertes anatomiques, physiologiques et chirurgicales qui lui assurent l'admiration de la postérité.

Hunter s'annonçait comme un de ces hommes à rude écorce, qu'il est difficile de façonner, mais qui portent en eux un esprit ferme et original. Personne plus que lui ne négligea toutes ces études et ces préparations préliminaires qui rendent les savants propres à communiquer avec facilité leur science aux autres. Hors l'étude véritablement pratique, l'étude du cadavre et des malades, il n'en était guère d'autre qui fût alors agréable à Hunter. Sorti de l'amphithéâtre et de l'hôpital, il se livrait sans retenue à sa fougue naturelle, peu scrupuleux et sur le choix de ses plaisirs et sur celui de ses compagnons de plaisirs.

Cependant il y avait en lui un ardent désir d'apprendre et de connaître, une passion de recherches et d'expériences qui ne pouvait manquer de porter son fruit; et ses travaux dans l'amphithéâtre de son frère, et ses visites assidues à l'hôpital St-Barthélemy où il allait chercher les leçons et de Cheselden et de Pott, préparaient pour lui, d'une manière pénible, mais sûre, un brillant avenir. Et pourtant cet avenir fut un instant incertain, parce que lui seul, à cette époque, avait la conscience de sa vocation chirurgicale. On voulut en faire un médecin, mais il refusa énergiquement, et il disait lui-même, plusieurs années après, dans son style presque sauvage : « On voulait faire de moi une vieille femme, ou me farcir de grec et de latin à l'Université. Mais (ajoutait-il en appuyant l'ongle de son pouce sur la table d'une manière significative) ces projets, je les ai écrasés comme autant de vermines. »

Y avait-il de l'exagération dans cette appréciation méprisante que Hunter faisait de la médecine ? On n'en saurait douter; mais on comprend combien cet homme de faits, qui dut tout à la méthode expérimentale, devait avoir de répulsion pour une science que chacun s'efforçait de surcharger d'hypothèses et de systèmes jusqu'à ce qu'elle rompît sous le poids. Il lui fallait, à lui, la nature, l'expérience,

l'observation, alors trop généralement bannies de la médecine, où la théorie régnait presque partout en souveraine. Dès ce moment donc n'ayons plus de crainte pour cet homme à volonté ferme ; il fera plus que de marcher de pair avec les plus célèbres de ses contemporains, il les devancera.

Mais la carrière qu'il a choisie ne se parcourt pas en courant ; l'observation et l'expérience marchent à pas lents. Aussi verrons-nous Hunter se livrer pendant longues années aux recherches les plus assidues, avant que son nom ait franchi le cercle d'un certain nombre d'hommes capables d'apprécier la solidité de ses travaux. Les investigations anatomiques et physiologiques absorbent d'abord dix années de sa vie ; puis il se fait chirurgien militaire, et sur les champs de bataille il étudie les blessures si variées et souvent si extraordinaires faites par les armes à feu, et à l'âge de 34 ans, lorsqu'il rentre dans sa patrie, il y trouve encore une position précaire, qui ne peut être embellie, aux yeux de cet homme vraiment amoureux de la science, que par la perspective de nouveaux et de longs travaux.

Ce fut surtout alors que cette passion pour l'anatomie et la physiologie comparée, qui fut portée à un si haut point chez Hunter, prit un rapide accroissement et s'éleva à un degré extraordinaire, où elle se maintint jusqu'à la fin de ses jours. Jusque alors des observations sur la circulation de l'utérus dans l'état de grossesse, des considérations importantes sur le système nerveux en général, sur l'absorption veineuse, sur les plaies par armes à feu, sur l'injection au mercure de la substance tubuleuse du testicule, etc., l'avaient principalement occupé. A son retour à Londres, il se livra surtout à l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparées. Pour réunir les animaux nécessaires à ses expériences il n'était pas de sacrifice qu'il ne fût disposé à faire, et jamais on ne vit une persévérance plus infatigable pour surmonter toutes les difficultés. « Il acheta, dit son historien, un terrain appelé Ecral's Court, situé à Brompton, à deux milles environ de Londres, et il y bâtit une petite maison dans laquelle il passait une grande partie de son temps, et où il exécuta la plupart des travaux dont les résultats ont été consignés soit dans les mémoires qu'il a fait imprimer dans les *Transactions philosophiques*, soit dans son ouvrage sur l'*Économie animale*. Là, il aimait à passer une heure ou deux au milieu des étranges hôtes qu'il y réunissait de toutes les parties du globe, observant leurs mœurs et leurs intincts. »

C'est alors qu'on voit le génie de Hunter aux prises avec toutes les

difficultés de l'expérimentation, les surmontant toutes par sa sagacité et son adresse. Soit qu'il agisse de ses propres mains, soit qu'il communique aux autres le plan des observations et des expériences à faire, on voit paraître en lui l'esprit de rigueur et d'exactitude qui seul peut conduire à la vérité. Annoncer maintenant quels furent les fruits de ses travaux, ce serait anticiper sur ce que nous aurons à dire des livraisons suivantes; l'anatomie, la physiologie et la chirurgie y on gagné de précieuses richesses.

Nommé, après vingt ans de travaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, il commença à s'entourer d'élèves qui devaient un jour faire honneur au maître. — Parmi ceux-ci l'histoire a conservé les noms de Jenner qu'une heureuse découverte a depuis rendu si célèbre, Guy de Chichester, Physick de Philadelphie, sir Everard Home, sir Astley Cooper, etc. C'est sous la direction de Hunter que ces savants apprirent à sonder les profondeurs de la science; c'est Hunter qui leur inspira l'amour des études exactes.

Il ne faut pas croire que ce fut par l'attrait de la parole que J. Hunter attirait à lui les jeunes gens. Privé d'éducation, sans facilité d'élocution, rude et souvent grossier, tenant pendant une leçon entière ses yeux fixés sur son manuscrit, il ne pouvait captiver que ceux qui avaient la force de percer cette dure écorce pour aller chercher la sève dans le cœur d'une plante inculte. Aussi n'avait-il pas autour de lui cette foule qui ne se laisse attirer que par l'éclat extérieur; mais ceux qui savaient le comprendre s'attachaient à lui pour toujours.

Bientôt il vint prendre sa place dans la Société royale de Londres, dont il enrichit les *Transactions*, et ce fut alors que sa réputation commença à franchir la barrière dans laquelle elle avait été jusque-là renfermée. Ce qu'il y a de plus intéressant pour nous dans les dernières années de sa vie, c'est qu'au milieu des soins de la clientèle l'amour de l'étude ne le quitta pas, c'est que ses travaux purent être quelquefois ralentis, mais jamais interrompus. On aime à s'arrêter sur ce fait, quand on songe à tous les trésors que les occupations de l'art ont, de tout temps, ravis à la sience.

C'est dans ses dernières années que Hunter malade et très souffrant inventa, pour la ligature de l'anévrysme, la méthode qui porte son nom et qui est aujourd'hui généralement adoptée. Tout le monde connaît les discussions qui se sont élevées à ce sujet. Nous y reviendrons plus tard; et nous nous bornons maintenant à constater que c'est la pratique heureuse de Hunter qui parvint à lui donner la prééminence sur toutes les autres méthodes adoptées jusque alors.

C'est aussi peu d'années avant sa mort que Hunter publia ses ouvrages sur *l'économie animale* et *sur la syphilis*, et qu'il fonda le fameux musée qui porte son nom et à l'établissement duquel il sacrifia toute sa fortune.

Après tant de travaux, et lorsque la mort du célèbre Pott avait depuis quelque temps laissé entre ses mains le sceptre de la chirurgie anglaise, Hunter avait lieu d'espérer, malgré la faiblesse de sa santé, un repos glorieux pour la fin de ses jours. Mais, d'une part, l'activité de son esprit qui ne se ralentissait pas, et de l'autre la fougue d'un caractère irritable qui ne supportait pas la contradiction, devaient conserver à la fin de sa carrière un reste de cette agitation qui s'était fait sentir dans la première partie de son cours. Il avait eu d'abord à lutter pour la défense de ses droits scientifiques, et il l'avait fait avec ardeur même contre son frère; à présent c'était pour soutenir sa prééminence à l'hôpital Saint-Georges qu'il luttait contre ses collègues. Mais tant de combats et tant de travaux avaient usé son corps vigoureux, et ce vieil athlète succomba, pour ainsi dire, dans l'hôpital même, lorsqu'il vit son dernier effort superflu. Ses réclamations n'étant pas écoutées dans le conseil administratif, il en éprouva une telle émotion qu'il mourut subitement en remontant dans sa voiture.

Dans cette vie, dont nous n'avons rapporté que les principaux traits, on ne peut s'empêcher de remarquer cette foi profonde dans les résultats dus à l'observation, dont Hunter nous offre un des premiers exemples. Aussi apprendra-t-on sans étonnement que plusieurs de ses travaux furent au dessus de la portée de son siècle, et qu'il a fallu la sanction du temps pour les populariser, bien différents des systèmes qui brillent un instant du plus vif éclat et s'éteignent bientôt pour toujours.

Hunter cependant laissait quelquefois son imagination s'élancer dans les hypothèses, mais la faiblesse de ses doctrines, lorsqu'elles n'étaient pas une déduction directe des faits, montre combien il avait tort d'abandonner, même pour un instant, les recherches positives, où il excellait.

C'est, nous le répétons, un service rendu à la science que d'avoir réuni en corps d'ouvrage les publications éparses de Hunter, et pour nous, Français, c'est également un service important que M. Richelot nous a rendu par sa traduction. Aucun sacrifice ne lui a coûté pour rendre cette édition digne du grand nom de Hunter, il n'a négligé aucun soin pour lui donner le degré de pureté et de correction qui lui convient. Cet ouvrage est absolument indispensable à tous ceux qui veulent posséder les beaux monuments de la science.

Nous rendrons compte, avec le plus vif intérêt, de toutes les livraisons, à mesure qu'elles paraîtront. Les deux premières, outre la vie de Hunter, contiennent le commencement de ses leçons de chirurgie. —Deux cahiers de planches les accompagnent, et l'on peut déjà juger du fini qu'elles ne peuvent manquer d'avoir sous l'habile crayon de M. Emile Beau. Elles représentent l'histoire de la dentition. Quelques unes ont été refaites d'après nature sous la direction de M. Richelot, et ont été ainsi élevées au niveau des autres, qu'elles sont loin d'égaler dans l'édition anglaise.

Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice, par F. Duparcque. Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la société de médecine de Bordeaux. Seconde édition, Paris, 1839, in-8.

Le nombre des ouvrages de médecine qui obtiennent en peu d'années les honneurs d'une seconde édition est assez limité. Il semble donc, au premier abord, qu'un pareil succès dit tout, et qu'il n'y a qu'à le signaler. Mais la vogue dont jouissent les œuvres scientifiques ne doit pas être regardée comme une mesure certaine de leur valeur. Il est, en effet, trop de causes auxquelles on peut assigner ces succès, pour que cette espèce de jugement de fait soit sans appel. Un ouvrage est lancé dans le public par un auteur en renom: quel qu'il soit, il réussit; ou bien, c'est un ouvrage nécessaire, élémentaire, classique; il est enlevé par les élèves; ou bien encore, on y traite d'un sujet important, mais que peu d'observateurs ont encore osé aborder, et, comblant une lacune de la science, il doit nécessairement être accueilli avec faveur. Sans vouloir nier ici les qualités incontestables de l'ouvrage de M. Duparcque, nous pensons que la disette des bons traités sur les maladies de la matrice n'a pas peu contribué à assurer le succès du sien. Au reste, il faut le dire, même après la publication de plusieurs autres ouvrages sur le même sujet, celui de M. Duparcque conserve une supériorité incontestable que nous nous plaisons à reconnaître. Plus clair dans ses descriptions que M. Dugès et M[me] Boivin, plus complet et plus exact que MM. Lhéritier, Colombat (de l'Isère), Imbert, il a le mérite d'apporter à l'appui de ce qu'il avance un grand nombre d'observations. Cependant ce n'est pas là un de ces ouvrages où l'observation est la base inébranlable sur laquelle est fondée toute la doctrine de

l'auteur, et où l'analyse rigoureuse des faits se montre partout comme une garantie de l'exactitude des conclusions. Si M. Duparcque avait entrepris un pareil travail, il est très probable qu'il n'eût point publié un traité complet des maladies de la matrice; mais aussi, n'en doutons pas, il eût creusé bien plus profondément les sujets limités qu'il eût choisis.

Il nous serait facile de donner plusieurs preuves de ce que nous avançons; nous pourrions signaler un bon nombre d'assertions qui ne reposent pas sur l'examen d'un nombre suffisant de faits; mais il faudrait pour cela entrer dans une analyse détaillée de l'ouvrage de M. Duparcque, que la première édition a trop fait connaître pour qu'il soit utile d'y revenir longuement. Bornons-nous à quelques exemples qui feront mieux comprendre notre pensée.

M. Duparcque, en parlant de la métrite aiguë, dit qu'il ne s'écoule de la surface interne de l'utérus et du col qu'une petite quantité de sang plus ou moins séreux, et il ajoute que les flux plus abondants, qui pouvaient exister avant le développement de l'inflammation, sont par elle taris (pag. 226). Or, si vous examinez quatre observations de métrite ou de métro-péritonite aiguë, les seules qui soient présentées par M. Duparcque, vous voyez que dans aucune il n'est fait mention de cette petite quantité de sang plus ou moins séreux; que dans deux les lochies ne sont nullement taries; que dans la troisième il n'est point fait mention de cet écoulement, et que sa suppression n'est signalée que dans la quatrième. On voit par là combien on a raison d'exiger aujourd'hui, non pas une appréciation approximative des faits, mais leur analyse exacte, puisqu'en se livrant à ses souvenirs on peut se voir démentir par les observations mêmes qu'on a choisies pour preuve.

Il est une question de pathologie et d'anatomie pathologique qui a divisé et qui divise encore les auteurs : c'est celle qui a pour objet la cause immédiate et la nature du cancer. Les uns veulent qu'il soit l'effet et la conséquence de l'inflammation des tissus, passée à l'état chronique; les autres le regardent comme une lésion toute particulière et dont la production est tout à fait indépendante de l'inflammation. Cette question est plus difficile à résoudre par l'observation directe, quand il s'agit de l'utérus, que lorsqu'on étudie le cancer de tout autre organe. Il importait donc, dans ce cas plus que dans tout autre, de demander la solution de cette question importante à l'observation, mais non pas à l'observation légère et peu répétée; il fallait au contraire s'appuyer d'un grand nombre de faits observés avec le plus grand soin et sévèrement analysés. C'est ce que M. Duparcque

n'a fait que fort imparfaitement. Il nous dit que les engorgements durs de l'utérus appartiennent en général à l'inflammation chronique; qu'ils peuvent conserver ce caractère pendant plusieurs années, mais qu'à l'époque de l'âge critique, ils ont de la tendance à passer, par l'état squirrheux, au cancer confirmé. Mais sur quoi fonde-t-il son opinion, si, comme il le dit plus loin, le diagnostic précis et propre à chaque espèce d'altération qui peut constituer les engorgements durs de l'utérus est très difficile à établir? Ne faudrait-il pas, pour qu'on pût affirmer que le passage de l'engorgement dur au squirrhe a eu lieu, avoir pu dire : jusqu'à telle époque nous avions affaire à une simple induration, et cette époque étant arrivée, le squirrhe est devenu manifeste. Or, comment oser se prononcer de la sorte, si, comme l'auteur nous le dit encore, l'inflammation chronique, l'induration et le squirrhe peuvent revêtir et offrent en effet le même aspect dans le plus grand nombre des cas (pag. 259)?

On peut voir, par ce petit nombre de considérations, que le traité de M. Duparcque est loin d'être exempt de défauts. Ces défauts sont au reste communs à tous les ouvrages faits dans le même esprit; ils sont inévitables. Quels qu'ils soient néanmoins, nous devons faire la part de l'éloge après avoir fait celle de la critique. Nous le répétons donc, dans l'état actuel de la science, ce traité est le meilleur que le médecin puisse consulter pour l'aider dans la pratique de son art. Les symptômes y sont présentés avec clarté, et le traitement y est exposé avec de grands développements. M. Duparcque a fait entrer, dans le cadre qu'il s'était tracé dans la première édition, un bon nombre de considérations nouvelles : il a surtout consacré un chapitre fort intéressant à toutes les opérations qui ont été tentées sur l'organe utérin, opérations si heureuses en apparence et si malheureuses en réalité. Ne craignons donc pas de prédire un nouveau succès à cette nouvelle édition, jusqu'à ce que l'observation exacte ait passé par les maladies utérines; époque bien éloignée encore si nous en jugeons par la difficulté du sujet, mais beaucoup moins peut-être si nous avons égard au zèle et à l'ardeur avec lesquels est cultivé aujourd'hui le champ de la science.

V.....X.

Compendium de médecine pratique; par MM. L. De la Berge et Ed. Monneret. — 7e et 8e livraisons. Paris, Béchet *jeune.*

Nous avons déjà fait connaître plusieurs fois à nos lecteurs l'esprit dans lequel a été conçu cet ouvrage. Il ne nous reste donc qu'à

leur apprendre si le zèle des auteurs se soutient, et si les nouvelles livraisons ont conservé toutes les qualités des premières. Sous le rapport de l'importance des sujets traités, il est facile de faire voir qu'elle n'est pas moindre. Dans les deux livraisons que nous annonçons, nous avons, en effet, remarqué les articles suivants : Cœur, Colique de plomb, Coma, Constipation, Contagion, Convulsion, Coqueluche, Croup, Cyanose, Délire. Quant à la manière de traiter ces articles intéressants, elle n'a subi aucun changement; c'est toujours en puisant à toutes les sources; en cherchant dans un auteur ce qui a été négligé par l'autre; en faisant un tout complet des éléments qu'ils ont trouvés épars dans les auteurs, que MM. De la Berge et Monneret composent leur ouvrage. Ce n'est point du nouveau qu'ils veulent donner, c'est au contraire dans le but de mettre à la portée de tout le monde ce que chacun ne pourrait acquérir que par d'immenses travaux, qu'ils ont conçu le plan de leur compendium. Nous avons applaudi les premiers à ce travail dont le résultat doit être de faire bien connaître l'état actuel de la science, et c'est avec plaisir que nous avons vu le Conseil de l'Instruction publique accorder un encouragement flatteur aux deux auteurs, en autorisant leur ouvrage pour l'usage des élèves des Écoles secondaires et des Facultés.

Nous l'avons déjà dit, il est impossible de songer sérieusement à donner une analyse d'un ouvrage de ce genre; aussi nous bornerons-nous à le recommander de nouveau à nos lecteurs.

Essai sur les pricipales maladies des femmes, par le docteur Fleetwood Churchill, médecin de l'hôpital des femmes en couche de Dublin, *Dublin.* 1838, *in*-8 *de* 402 *pages.*

Ce livre est, au dire du *The Bristish and foreign Review*, une compilation estimable où sont consignés presque tous les travaux des auteurs anglais sur ce sujet, épars dans les journaux et dans les monographies.

Traité des maladies du rectum et de l'anus, par George Bushe. New-Yorck, 1837, *in*-8, *de* 299 *pages.*

Ce traité n'est qu'une compilation, d'ailleurs estimable. L'auteur parle d'abord des vices de conformation congéniaux; il les divise 1° en obstructions ou de l'anus ou de l'intestin; 2° en absence com-

plète ou incomplète du rectum; 3° en terminaisons du rectum dans différents organes, ou d'autres organes dans le rectum. Au premier chapitre, il cite un cas de deux cloisons congéniales dans le rectum: au second, il blâme le procédé d'ouvrir un anus artificiel aux lombes ou au ventre, quand on ne peut trouver le bout en disséquant le périnée. Dans le troisième chapitre, qui renferme des cas parfaitement curables, il accorde à un traitement convenable moins de valeur qu'il n'en a réellement.

Le docteur Bushe passe ensuite à l'étude des corps étrangers, puis des déchirures de l'intestin. Les chapitres relatifs aux fissures du rectum, au rétrécissement spasmodique de l'anus, et aux ulcérations du rectum, n'offrent rien de nouveau. Celui des tumeurs hémorrhoïdales est incomplet. Dans une dernière section, il traite de la chute du rectum, du cancer, des polypes, des rétrécissements et des fistules.

Des maladies du rectum, par James Syme, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg. Edimbourg, 1838; *in-8, de 138 pages.*

Dans ce livre, auquel le *Journal d'Edimbourg* donne beaucoup d'éloges, l'auteur traite en six chapitres séparés de la fistule à l'anus, des hémorrhoïdes, du *prolapsus ani*, des polypes, des rétrécissements organiques, et enfin des rétrécissements spasmodiques du rectum.

Traité de l'aliénation mentale : sa nature, ses symptômes, ses causes et son traitement; observations pratiques sur les maisons de fous, et description de l'asile des aliénés dans le comté de Middlessex, à Hanwell; par W. C. Ellis, directeur de l'établissement. Londres, in-8°, 1838.

Ce traité est dû à un homme qui se consacre, depuis nombre d'années, au traitement de l'aliénation mentale. Le docteur Ellis, sous le terme d'aliénation mentale, désigne un dérangement de l'intelligence, quelle qu'ait été auparavant la dose de cette intelligence, de manière que le médecin ne cherche point en vain à obtenir, par le traitement, plus que le malade ne peut donner. Dans l'étude des causes, il constate sur 1,380 malades 214 récidives, sur 125 l'influence de l'hérédité, sur 65 celle des causes morales, sur 24 celle

des coups portés sur la tête; il insiste sur le danger de la culture prématurée de l'intelligence chez les enfants, et prétend que les mariages entre proches parents sont une cause de folie; il décrit ensuite les symptômes, mentionne les sueurs fétides des aliénés qu'il a observées très souvent, etc. Pour le traitement, il divise l'aliénation mentale en chronique et en aiguë, la seule qui soit curable. Pour guérir celle-ci, il faut porter son attention : 1° sur les cas où la circulation cérébrale est trop activée; 2° sur ceux où le cerveau est affecté primitivement par l'action d'une cause morale; 3° sur ceux où la folie dépend d'une action du cerveau sympathique de l'altération d'un autre organe.—L'ouvrage est terminé par des considérations sur les maladies des aliénés, sur la construction et la direction des maisons de fous, et sur l'asile de Hanwell.

Imprimerie et Fonderie de F. Locquin et Comp. rue Notre-D.-des-Victoires, 16.

MEMOIRES

ET

OBSÉRVATIONS.

FÉVRIER 1839.

HISTOIRE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES.

(2e Article.)

Par le docteur GRISOLLES, *ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc.*

Les phlegmons des fosses iliaques peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison qu'on observe pour les tumeurs phlegmoneuses des autres régions du corps. C'est ainsi qu'ils peuvent se terminer par résolution, suppuration, gangrène et induration. Je ne parle pas de la délitescence dont personne n'a jusqu'à présent, je pense, cité d'observation bien authentique; et je ne crois pas d'ailleurs que ce soit là un mode de terminaison possible dans les phegmons, quel que soit leur siége, car l'engorgement qui les constitue est trop considérable pour pouvoir jamais disparaître brusquement.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais aussi la plus rare du phlegmon iliaque. Je ne l'ai vue s'opérer que deux fois dans les douze observations que j'ai recueillies; et sur les soixante-treize malades qui forment le total des faits que j'analyse cette terminaison n'a été vue complète que neuf fois seulement. Chez neuf autres individus il y eut un commence-

ment de résolution : mais comme ils sont sortis de l'hôpital avant l'entière disparition de l'engorgement, il est probable que plusieurs d'entre eux auront conservé pendant longtemps encore une induration chronique qui aura disparu peu à peu chez les uns, et aura suppuré chez d'autres. Mais en admettant même (ce qui n'est pas probable) que chez ces neuf malades la tumeur se soit terminée sans suppurer, nous n'en devrons pas moins conclure que la résolution n'est pas la terminaison ordinaire des phlegmons iliaques, surtout pour ceux qui surviennent dans le cours de l'état puerpéral. Cette circonstance mérite d'autant plus d'être notée qu'*à priori* on aurait pu admettre le contraire, en considérant que le tissu cellulaire des fosses iliaques contient fort peu de graisse, condition anatomique qui favorise la résolution des engorgements inflammatoires. Ce mode de terminaison s'opère très lentement dans les phlegmons iliaques; chez deux sujets il a pu s'effectuer en quinze et vingt jours; mais chez tous les autres il n'a été complet qu'au bout d'un à trois mois. Cette inertie dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. D'ailleurs, lorsque la résolution s'opère dans le côté malade, on ne voit pas le côté sain se prendre à son tour, et j'ignore encore sur quel fait s'appuyait Levret pour admettre qu'il arrive communément, pendant qu'on travaille à dissiper l'engorgement qui s'est annoncé d'un côté, de le voir gagner le côté opposé et y produire de nouveau les mêmes symptômes (1). L'extension de la phlegmasie cellulaire d'un côté à l'autre est excessivement rare, car jusqu'à présent elle n'a été observée que deux fois. Cette propagation d'ailleurs se fit d'une manière occulte et ne fut révélée que par l'autopsie.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente de l'inflammation phlegmoneuse que j'étudie. Elle a été observée en effet chez cinquante-cinq malades. On peut dire qu'elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches,

(1) *Loc. cit.* P. 176.

puisque sur dix-sept femmes elle a eu lieu chez seize d'entre elles. Puzos admettait cependant que les dépôts laiteux prennent aisément la voie de la résolution, opinion que l'auteur semble justifier par trois observations (1); mais je rechercherai plus tard la valeur que peuvent avoir les faits publiés par le célèbre accoucheur que je viens de citer.

Le temps nécessaire à la formation du pus a beaucoup varié chez les divers individus. On peut, je crois, admettre comme règle générale que, dans les phlegmons non gangréneux des fosses iliaques, le pus se forme plus lentement que dans les tumeurs de même nature qui se développent dans les autres parties du corps. Dans celles-ci, en effet, lorsque l'inflammation est vive, le pus commence à se former du cinquième au huitième jour. Dans la fosse iliaque au contraire, le même phénomène n'apparaît guère, terme moyen, que du vingtième au vingt-sixième jour. Dans un cas exceptionnel on vit la suppuration se former et s'échapper au dehors le septième jour; mais chez tous les autres malades les premiers indices de la présence du pus n'apparaissent que les dixième, douxième, dix-neuvième, vingt-quatrième, trentième, trente-huitième, quarante-deuxième et soixantième jours, à dater des premiers accidents.

Comment expliquer une pareille lenteur? serait-ce parce que l'inflammation est moins intense? Cette cause est réelle dans quelques cas; mais j'ai vu des phlegmons iliaques très douloureux accompagnés d'une réaction fébrile forte, et dans lesquels néanmoins la suppuration n'était appréciable qu'au trentième jour. Je crois que la cause principale réside dans l'organisation du tissu cellulaire des fosses iliaques, qui, étant lamelleux et contenant infiniment peu de vésicules graisseuses, entre en suppuration plus lentement que le tissu cellulaire des membres, des fesses, ou du pourtour de l'anus, qui offre une disposition contraire.

Les symptômes qui indiquent la formation du pus sont locaux

(1) *Loc. cit.* P. 83.

ou généraux : ceux-ci ont une grande valeur ; ils peuvent souvent à eux seuls faire établir un diagnostic certain, car il n'est pas rare de voir des abcès phlegmoneux, profondément cachés dans les fosses iliaques, ne se révéler par aucun phénomène extérieur local.

Les symptômes qui marquent la présence du pus varient d'ailleurs suivant la marche plus ou moins aiguë de l'affection. Celle-ci a-t-elle une marche rapide, on observe une exaspération momentanée dans les symptômes généraux et surtout dans les phénomènes locaux : les élancements dont la partie était déjà le siége redoublent, la fièvre se réveille, la tumeur semble devenir plus volumineuse, et les phénomènes de compression sur quelques organes que j'ai énumérés précédemment augmentent ou apparaissent pour la première fois. C'est ainsi que j'ai vu dans la moitié des cas la constipation être plus opiniâtre à l'époque où l'inflammation devient *suppurative*, pour me servir du langage de Hunter, et, chez six malades, la douleur, la rétraction du membre, la difficulté du mouvement, et enfin l'œdème autour des malléoles sont survenus pour la première fois ou ont augmenté lors de la formation du pus dans la tumeur. Lorsque la maladie suit au contraire une marche lente, lorsque le phlegmon est survenu presque sans douleur et sans éveiller nulle part de sympathie, on n'observe pas alors cette période d'exacerbation que je viens de décrire. Mais avec quelque rapidité que le pus se soit formé, dès qu'il est réuni en foyer, il donne lieu à divers accidents qu'il est important de connaître. Chez un bon tiers de malades environ, j'ai noté des frissons irréguliers, de la fièvre, offrant des redoublements le soir, des sueurs générales, quelquefois considérables, ayant surtout lieu la nuit pendant le sommeil. Ces divers phénomènes morbides n'indiquent pas, comme quelques personnes le pensent, que la suppuration va s'établir, mais ils sont le signe certain que du pus est déjà formé dans la tumeur, car ces troubles coïncident ordinairement avec des phénomènes locaux qui mettent le diagnostic hors de doute. Quelquefois, en effet, on sent la fluctuation

dans un point circonscrit d'abord, et devenant bientôt sensible sur toute la surface de la tumeur. Mais pour que ce phénomène existe, il ne suffit pas qu'il y ait beaucoup de pus amassé, il faut encore que ce liquide ne soit pas profondément placé, et Bourienne cite deux cas d'abcès iliaques contenant l'un 15 onces de pus, l'autre une livre et demie du même fluide, sans que l'examen attentif et plusieurs fois répété eût fait percevoir la fluctuation(1). Mais dans ces cas obscurs, si l'on palpe avec soin la surface de la tumeur, tantôt on sent une sorte de frémissement qu'il est impossible de décrire, tantôt c'est une mollesse ou plutôt une sorte d'empâtement, d'autres fois, enfin, on trouve un œdème plus ou moins superficiel. Tous ces phénomènes doivent avertir le praticien que du pus existe plus ou moins profondément. Les accidents de compression sur le cœcum, les vaisseaux, les muscles dont j'ai parlé précédemment, persistent encore au même degré qu'auparavant. Quant au relief de la tumeur elle-même, deux choses peuvent avoir lieu : tantôt la suppuration tendant à se faire jour à la surface de la peau, la tumeur proémine de plus en plus, elle fait corps avec les parois abdominales qui sont peu à peu usées et perforées. Si, au contraire, le pus prend une direction opposée, on voit la tumeur s'affaisser et disparaître même, du jour au lendemain, soit parce que le liquide a fusé vers le bassin, soit plutôt parce qu'il a gagné la région lombaire en décollant souvent dans toute son étendue la portion correspondante du colon. On l'a vu même se répandre plus loin : c'est ainsi que M. Vigla a cité l'observation d'une jeune femme affectée d'un phlegmon iliaque chez laquelle M. Velpeau crut sentir une fluctuation profonde, mais trop obscure encore pour qu'il y eût indication d'agir. Six jours se passèrent sans changement notable ; et après cette époque l'habile chirurgien que j'ai cité ne retrouva plus l'engorgement, aucune fluctuation ne l'avait remplacé ; mais un examen attentif des parties voisines fit découvrir de l'œdème au niveau du grand trochanter. Des incisions

(1) *Journal de médecine*, t. 43. Obs. 1re et 2e du *mémoire de Bourienne*.

furent faites à ce niveau et donnèrent issue à un pus fétide (1).

Une fois la suppuration établie, il faut, pour que la guérison survienne, que le liquide soit expulsé au dehors par les seules forces de la nature ou par les secours de l'art, car on ne peut guère espérer la résorption. Cependant, quelque rare que soit cette terminaison, elle ne me paraît pas tout-à-fait impossible, car je crois moi-même en avoir observé un exemple sur lequel je reviendrai plus tard à l'article des accidents consécutifs.

Le pus emprisonné au milieu des fosses iliaques se fraie une route à l'extérieur, tantôt à travers les parois abdominales, d'autres fois il s'épanche dans un des réservoirs excrémentitiels qui sont dans son voisinage, et se trouve alors expulsé par la même voie que l'urine et les matières fécales.

Chez quatorze malades l'abcès s'est vidé à la surface de la peau exclusivement, tantôt à la suite d'une ouverture spontanée, mais le plus souvent à l'aide d'une incision faite par le médecin. Dans quatorze autres cas le pus est arrivé à l'extérieur en même temps, ou peu après qu'il s'était déjà frayé une première issue à travers la vessie, le vagin ou le gros intestin.

L'anatomie nous démontre *à priori* que lorsque le pus est exactement contenu dans la fosse iliaque, il ne peut arriver au dehors par la partie postérieure du bassin, à cause de la résistance que les os lui opposent en ce point. Il faut donc qu'il se porte en avant, qu'il use la paroi abdominale antérieure, ou qu'il se fraie une route par l'une des ouvertures naturelles qui existent à la partie inférieure du ventre.

C'est ainsi que la quinzième observation du mémoire de Dance semble être un exemple du passage d'un abcès iliaque à travers l'arcade crurale (2); et M. Corbin (3) a vu également dans les salles de M. Sanson un foyer purulent qui s'était étendu à la cuisse en suivant le trajet des vaisseaux iliaques. Je crois que jusqu'à ce jour la science ne possède point d'exemple d'abcès

(1) *Société anatomique*, 12e année, 7e bulletin.
(2) *Répert. d'anatomie et de physique*, t. 4, p. 98.
(3) *Loc. cit.* Obs. 1re.

phlegmoneux qui soit arrivé à l'extérieur à travers l'anneau inguinal; toutefois je regarde ce mode de terminaison comme possible, mais la disposition des parties doit le rendre excessivement rare. D'ailleurs, lorsque les abcès fusent jusque dans la partie supérieure de la cuisse, ils y sont situés à une profondeur variable suivant le point précis qu'ils occupaient dans la fosse iliaque. C'est ainsi que, s'ils se développent exclusivement dans le tissu cellulaire sous péritonéal, le pus en gagnant la cuisse se placera en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux sans altérer la structure des muscles psoas et iliaque; tandis que si l'abcès s'est développé aux dépens du tissu cellulaire sous-aponévrotique, il arrivera à la cuisse jusqu'au petit trochanter enfermé dans la gaîne fibreuse du fascia iliaca, et après avoir altéré, ramolli ou détruit les fibres des muscles psoas et iliaque.

Dans les deux tiers des cas, à peu près, le pus contenu dans la fosse iliaque tend à s'échapper par un point de la paroi abdominale assez rapproché du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque antérieure et supérieure : c'est en effet dans ces deux endroits surtout que la tumeur s'élève en pointe, et que la fluctuation est la plus évidente; c'est par conséquent à ce niveau que le médecin fait l'incision pour évacuer le liquide. Mais le pus ne suit pas toujours le trajet que j'ai indiqué; quelquefois en effet, décollant le péritoine, il fuse plus ou moins loin dans la région lombaire : c'est ainsi que M. Ménière a vu l'abcès apparaître en arrière de la crête iliaque un peu en dehors de l'insertion du muscle carré lombaire (1); Dance a aussi cité un fait dans lequel la fluctuation ayant été perçue dans les lombes, c'est dans cette région qu'une ponction fut pratiquée pour évacuer le foyer. Enfin, dans le fait déjà cité de M. Vigla, on vit l'abcès iliaque venir former saillie au niveau du grand trochanter, parce que le pus, ayant fusé à travers les fibres du muscle grand dorsal et de son aponévrose, était venu s'accu-

(1) *Mém. cit.* Obs. 14ᵉ.

muler dans la région fessière entre la peau et le muscle grand fessier dénudé sur toute sa surface (1). Il n'est pas rare de voir le pus primitivement circonscrit dans l'une des fosses iliaques se porter ensuite plus ou moins loin du siége primitif du mal. C'est ainsi qu'on voit la suppuration, d'abord formée au pourtour du cœcum, cheminer ensuite au dessous du gros intestin presque jusqu'au voisinage du rein et du foie. La position horizontale que la plupart des malades gardent habituellement, et la laxité du tissu cellulaire de ces parties, expliquent suffisamment pourquoi le pus fuse de préférence vers les régions supérieures de l'abdomen. Au contraire, la saillie considérable produite par les muscles psoas s'oppose énergiquement à ce que l'abcès parvienne jusque dans la cavité pelvienne. Cependant la chose peut arriver, et elle doit être moins commune à droite qu'à gauche ; dans ce dernier côté en effet on trouve l'S iliaque du colon ou plutôt son repli mésentérique qui, croisant la direction des psoas pour plonger dans le bassin, peut permettre assez facilement au pus accumulé dans la fosse iliaque gauche de fuser entre ses deux lames et d'aller se mettre en contact avec les parois du rectum.

D'autres fois la suppuration chemine plus loin encore : elle passe par exemple d'une fosse iliaque à l'autre sans qu'on puisse expliquer ces migrations par la position des malades ou par aucune disposition particulière. Un des faits les plus curieux en ce genre est celui que M. Bérard jeune a rapporté dans une des séances de la Société anatomique (2). Cet habile chirurgien a vu une femme qui, ayant succombé à un abcès iliaque survenu à la suite d'une couche, présenta à l'autopsie les désordres suivants. Un vaste abcès existait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale; il s'était propagé dans l'hypogastre en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours en dehors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette

(1) *L. cit.* P. 262.
(2) *Société anat.*, 1834, 7e bulletin.

cavité au devant de la vessie ; mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite en décollant le péritoine dans la région hypogastrique. Il avait remonté de là sur le côté de la ligne médiane presqu'au niveau de l'ombilic ; là il s'était fait jour au dessous de la peau, avait décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice au niveau de laquelle la peau avait conservé son adhérence aux tissus sub-jacents. On voit que le trajet de cet abcès décrivait une courbe à concavité supérieure, et qu'il s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle qu'il avait atteinte dans la partie postérieure du flanc gauche.

Comme il est facile de le deviner, la quantité de pus renfermée dans les abcès iliaques est en général proportionnée aux dimensions du foyer. Cette quantité varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs livres, et les propriétés physiques du produit morbide ne sont pas toujours les mêmes. L'on sait que la suppuration qui résulte des abcès profonds des parois abdomiles répand assez souvent une odeur extrêmement fétide, analogue quelquefois à celle des matières fécales, de manière à faire croire à une perforation intestinale. On pourrait penser qu'il en est de même pour les abcès des fosses iliaques ; il semble même que le pus devrait contracter d'autant plus facilement l'odeur stercorale qu'il est toujours assez rapproché de l'intestin, et le plus souvent même en contact immédiat avec ses parois; mais l'examen des faits ne confirme nullement cette opinion. C'est ainsi que sur 9 malades, chez lesquels l'abcès s'est ouvert à l'extérieur seulement, et chez lesquels aussi les qualités de la suppuration ont été exactement décrites, j'en trouve 7 qui ont fourni un pus blanc, assez consistant en général, bien lié et tout à fait inodore. Dans deux cas ce fluide morbide a présenté une odeur fétide, stercorale, sans qu'il y ait aucune raison de croire que le foyer communiquait avec l'intestin. Mais le pus présente d'autres caractères lorsque l'abcès, avant d'être ouvert à la surface de la peau, s'est déjà en partie vidé dans le tube digestif. En effet, sur 4 malades qui offraient des exemples de cette double perforation, le pus a été noté trois fois plus ou moins

séreux, grisâtre, mêlé à des gaz et extrêmement fétide. En est-il aussi de même pour les abcès qui s'ouvrent à la peau après avoir communiqué avec le vagin ou la vessie ? Je l'ignore, parce que je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et que dans ceux qui sont rapportés par les auteurs, on a oublié de décrire les qualités du pus. Enfin, lorsque les abcès stercoraux et gangréneux du pourtour du cœcum se font jour à l'extérieur, le pus qui s'en échappe, d'une odeur fétide, est mêlé à des gaz, à des matières fécales, à des corps étrangers venant de l'intestin, tels que des noyaux ou des pépins de fruits; enfin la suppuration entraîne quelquefois avec elle des lambeaux de muscles ou de tissu cellulaire mortifiés (1).

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin : ce mode de terminaison a été observé en effet sur dix malades, et chez eux l'évacuation du pus a eu lieu exclusivement par cette voie. Il est à remarquer qu'elle est plus facile à droite qu'à gauche. Dans le premier côté, en effet, le pus est généralement en contact avec la face postérieure du cœcum et du colon ascendant, parties qui, étant dépourvues du péritoine, n'opposent qu'une faible résistance. La même disposition n'existe point communément à gauche pour l'S iliaque. Il s'ensuit que les abcès de cette région ont plus de difficulté pour pénétrer dans l'intestin ; néanmoins il serait inexact de dire qu'ils ne peuvent affecter cette terminaison, car la science possède au moins trois exemples d'abcès iliaques gauches qui se sont ouverts dans le colon ascendant ou dans l'S iliaque (2). Dans les cas rares, où le pus fuse dans la cavité pelvienne, l'évacuation peut s'effectuer par suite de la perforation du rectum ; M. le docteur Rigaud dit, en effet, avoir observé chez une femme de quarante ans, un abcès iliaque droit, non lié à l'état perpuéral, qui s'ouvrit directement dans le rectum : il en vit l'ouverture

(1) Obs. VIII du mém. Burne.

(2) Bricheteau, *Archives*, 3e série. T. 2, p. 409, Bérard, *Société anat. Loc. cit.*, et dans la 4e observation de ce mémoire.

à l'aide du *speculum ani*, et la malade ne guérit qu'au bout de six mois (1). Dans ce mode de terminaison, on n'observe tantôt qu'une seule perforation assez exactement arrondie dont le diamètre varie de deux à six lignes (2); d'autres fois il y a plusieurs ouvertures rapprochées les unes des autres (Obs. XVIIe de M. Menière), ou bien disséminées comme dans une observation que je rapporterai plus tard. Ces perforations sont quelquefois garnies à leur pourtour, soit en dedans (M. Menière), soit en dehors de l'intestin (M. Bérard), de bourrelets saillants qui peuvent, suivant leur disposition, gêner ou favoriser l'écoulement du pus dans l'intérieur du tube digestif. Quelquefois la communication entre le foyer purulent et l'intestin s'opère au moyen de l'appendice vermiforme du cœcum, ordinairement alors frappé de gangrène. J'en ai précédemment cité un exemple; on en trouve aussi des observations dans les mémoires des docteurs Merling et John Burne (3), etc. Il est à présumer que dans ces divers cas l'altération profonde de l'appendice a été la cause de tous les accidents.

L'époque à laquelle se fait la perforation intestinale varie beaucoup; c'est ainsi qu'on l'a vue s'opérer les treizième, quinzième, seizième, vingtième et vingt-septième jours, deux et trois mois à dater du début de la maladie. Il n'est pas toujours également facile de diagnostiquer le moment où l'abcès communique avec l'intestin. Si en effet l'ouverture est petite, si le pus ne s'écoule que lentement et en petite quantité à la fois, la tumeur change alors peu de volume, et l'examen attentif des matières fécales ne peut faire reconnaître aucun globule purulent. Mais il n'en est plus de même lorsque le pus fait tout à coup irruption dans le tube digestif. Dans ce cas, la tumeur s'affaisse et disparaît même tout à fait, comme si elle se fût vidée à l'extérieur. Bientôt le malade, qui avait été jusque alors constipé, éprouve un violent besoin d'aller à la selle, et rend un ou plu-

(1) *Dictionnaire des études médicales*. T. 1er, p. 61.
(2) Obs. de MM. Vigla et Bérard. *Loc. cit.*
(3) *L'Expérience et la Gaz. médic. Loc. cit.*

sieurs verres d'un pus blanchâtre et souvent inodore. Mais si la perforation intestinale est consécutive à une ouverture de l'abcès par la surface de la peau, cette nouvelle communication sera reconnue par l'issue des matières intestinales à travers la fistule cutanée ; c'est ce qu'on voit dans la cinquième observation rapportée dans les leçons cliniques de Dupuytren. Le malade qui en fait le sujet fut affecté d'un phlegmon iliaque à marche lente qui, au bout de trois mois, s'ouvrit spontanément à l'extérieur; du pus continua à s'écouler pendant deux ou trois mois, au bout desquels le malade trouva sur les pièces de l'appareil un pépin de raisin. Bientôt des matières fécales s'échappèrent par la fistule. La guérison eut lieu nonobstant cette grave complication (1).

Chez la femme, les abcès des fosses iliaques s'ouvrent assez souvent dans le vagin. Il est à remarquer que ce sont peut-être ceux du côté gauche qui affectent surtout ce mode de terminaison. C'est ainsi que sur six cas d'abcès iliaques communiquant avec le vagin seulement, ou en même temps à la surface de la peau, il y en a quatre qui occupaient le côté gauche, et deux seulement le côté droit. Cette sorte de prédilection s'explique assez naturellement si l'on se rappelle que les abcès de la fosse iliaque gauche pénètrent dans le bassin bien plus facilement que ceux qui se développent au voisinage du cœcum. Il est probable que c'est en fusant le long du rectum que le pus finit le plus souvent par aboutir au vagin. On conçoit aussi qu'il puisse y arriver en suivant les parties latérales de la vessie : lorsque le fluide s'évacue par cette voie les parties génitales sont subitement baignées par le produit morbide, dont la quantité varie beaucoup; de sorte que tantôt il n'y a qu'un léger suintement; d'autres fois, au contraire, les femmes rendent en peu d'instants un ou deux verres d'un pus en général blanchâtre, consistant et inodore.

Ce mode de terminaison des abcès iliaques est quelquefois méconnu, soit parce qu'on néglige d'interroger les femmes sur les phénomènes qui peuvent se passer du côté des parties sexuelles,

(1) Dupuytren. *Leçons orales*. T. 3, p. 344.

soit aussi parce que souvent on considère comme une simple leucorrhée l'écoulement purulent symptomatique d'une perforation du vagin. Ajoutons enfin que, beaucoup de ces femmes étant affectées depuis longtemps de flueurs blanches, on ne considère l'augmentation de l'écoulement que comme une aggravation de la maladie primitive. Il est facile pourtant, même dans ce dernier cas, d'éviter l'erreur, si on fait attention que l'écoulement a été tout à coup plus abondant, que ses propriétés physiques ont changé, qu'il est devenu tout à fait purulent, et qu'il a été suivi tout aussitôt de l'affaissement de la tumeur dont la fosse iliaque était le siége, ainsi que de la diminution ou de la cessation complète des phénomènes de compression, circonstances sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Il est important, lorsque ces signes de perforation surviennent, d'explorer le vagin à l'aide du toucher et d'y introduire aussi le speculum, afin de rechercher quel est le point précis de ce canal où aboutit le trajet fistuleux. Il est fort rare cependant qu'on parvienne à le découvrir, soit que consistant en un petit pertuis il se cache facilement au fond de ces rides nombreuses que le vagin présente à sa surface, soit enfin parce que la perforation s'opère à travers l'utérus, dans un point que l'instrument ne laisse que peu ou point apercevoir.

Dans un cas cité par M. Piotay (1), l'introduction du speculum chez une femme affectée d'abcès de la fosse iliaque gauche amena une perforation du vagin à sa paroi postérieure; celle-ci donna aussitôt passage à une grande quantité de pus sanguinolent qui remplit bientôt tout l'instrument. L'abcès peut aussi se vider à travers les parois utérines. Cette terminaison est rare en raison de la résistance qu'oppose le tissu de l'utérus. Je ne connais d'ailleurs qu'une seule observation de ce genre, elle a été rapportée par Dance (2); il s'agit d'une femme qui, affectée, après un premier accouchement, d'un abcès dans la fosse iliaque gauche, rendit beaucoup

(1) *Thèse*. Obs. 7°, p. 17.

(2) *L. cit.* Obs. 14°, p. 95.

de pus par le vagin, et finit par succomber à l'abondance et à la persistance de la suppuration, sans qu'on eût pu pendant la vie reconnaître quel était le siége de la perforation. L'autopsie fit voir qu'elle n'existait pas dans les parois du vagin; on la rencontrait à 5 lignes au dessus de l'extrémité inférieure du col utérin; on voyait en ce point une ouverture arrondie, noirâtre, de 3 lignes de diamètre, dans laquelle on fit aisément pénétrer une sonde qui, après quelques détours, arriva jusque dans le foyer purulent.

Comme les auteurs n'ont pas encore publié beaucoup de cas d'abcès iliaques ouverts dans le vagin, je vais rapporter une observation de ce genre que j'ai recueillie à la clinique de M. le professeur Chomel.

Obs. III. Marie, âgée de 21 ans, domestique, d'une santé habituellement bonne, n'a jamais fait de maladie grave; réglée dès l'âge de 15 ans, elle est accouchée pour la première fois il y a 25 jours. Sa grossesse a été heureuse; son accouchement facile, naturel, s'est terminé après dix heures de souffrances; aucun accident n'est survenu après la délivrance; et cette femme a quitté l'hospice de la Maternité au neuvième jour. Ses lochies coulaient encore assez abondamment; elle était faible. Cependant toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement, et elle a pu travailler aux soins de son ménage. Il y a douze jours, sans cause connue, elle commença à souffrir de l'hypogastre, la cuisse droite devint lourde, pesante, et la malade remarqua le soir autour des malléoles un peu d'œdématie qui disparaissait par le repos de la nuit. La marche était difficile et douloureuse, et la douleur s'irradiait de l'hypogastre dans toute la longueur du membre pelvien du côté droit; en même temps l'appétit diminua, il y eut chaque jour plusieurs selles liquides accompagnées de légères coliques hypogastriques. La malade ne s'est alitée qu'au douzième jour, et elle est entrée à l'hôpital dès le lendemain, 31 janvier 1837. Cette femme, d'une constitution peu forte, accuse un peu de céphalalgie sus-orbitaire, sa langue est humide et sans enduit, il n'y a pas de soif, ni envies de vomir, la perte de l'appétit est complète, elle a tous les jours une selle liquide, elle urine sans douleur; ses lochies d'un jaune verdâtre, très odorantes, coulent encore assez abondamment. Le toucher par le vagin fait reconnaître l'utérus revenu à son volume ordinaire, caché derrière le pubis, mobile et non douloureux; le ventre est

mou, flasque et indolent à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite. Là en effet on circonscrit aisément une tumeur dure sans bosselures à sa surface, immobile et sans adhérence avec la paroi abdominale correspondante qui glisse aisément au devant d'elle ; la percussion y est complétement mate; elle a trois pouces verticalement en commençant un peu au dessus du ligament de Poupart, transversalement elle remplit toute la fosse iliaque sans dépasser en dedans le rebord du bassin. Elle est le siége de douleurs médiocres qui s'irradient dans tout le membre inférieur droit, que la malade ne peut étendre complétement, et qui offre autour des malléoles un œdème léger qui persiste malgré le repos et la position horizontale. Pouls à 100 (20 sangsues, cataplasmes, bains, soupes, repos).

Le 2 février, la tumeur est moins douloureuse, mais elle conserve le même volume. On continue les cataplasmes, les bains jusqu'au 7 sans qu'on constate aucun changement appréciable. Le 8 la tumeur est moins considérable d'un cinquième environ; elle continue à être très dure, elle est peu douloureuse à la pression ; l'œdème a diminué dans le membre inférieur qui peut être étendu plus complétement que les jours précédents ; il y a constipation depuis plusieurs jours ; le pouls est à 108, modérement fort ; peu de chaleur à la peau. Il y a dans la journée, et surtout le soir, des frissons irréguliers, la malade se plaint de sueurs abondantes générales ayant surtout lieu pendant la nuit. Le 8 et le 10 on donne une demi-once d'huile de ricin qui provoque chaque fois plusieurs selles liquides sans opérer aucune diminution dans la tumeur. Jusqu'au 20 l'état est stationnaire. Du 20 au 27 les frissons et les sueurs diminuent sans cesser tout à fait; le pouls conserve sa fréquence sans chaleur à la peau; la tumeur reste dure et peu douloureuse; la malade mange la demie, puis les trois quarts. Le 27 février les frissons reviennent intenses sans accélération plus grande du pouls, la douleur persiste dans le même état. Enfin le 1er mars la malade nous avertit que depuis la nuit dernière elle a par le vagin un écoulement abondant qui ressemble à un pus phlegmoneux par sa couleur et sa consistance. Le doigt introduit dans le vagin ne fait distinguer aucun pertuis ; il en est de même du spéculum ; mais il est facile de s'assurer, à l'aide de cet instrument, que le pus ne provient pas de l'orifice utérin. La tumeur a diminué de moitié depuis hier. Depuis cette époque les frissons et les sueurs cessent tout à fait ; le pouls tombe à 80. Du 4 au 5 l'écoulement a presque cessé. La tumeur diminue peu à peu, et le 15 elle n'a plus que le volume d'une petite noix, elle conserve une grande dureté, n'est le siége que de quelques élancements fugaces. La malade

marche sans douleur, elle peut étendre complétement la jambe; l'œdème a disparu autour des malléoles; les selles sont régulières, faciles, naturelles; le pouls à 70. Le 23 on ne distingue plus de noyau induré. La malade sort le 24, tout à fait rétablie; elle conserve encore un très léger écoulement blanchâtre, muqueux, non purulent, et qui dépend probablement des granulations framboisières qui existent dans l'étendue de quelques lignes au pourtour de l'orifice de l'utérus.

Dans cette observation, on voit qu'il a fallu environ 20 jours à la suppuration pour arriver de la fosse iliaqne dans le vagin. C'est, en effet, le 8 février que les symptômes généraux ont démontré d'une manière certaine la présence du pus, et c'est alors aussi que la tumeur iliaque a diminué de volume et qu'on a vu disparaître en grande partie les accidents de compression vers les muscles et les vaisseaux.

Dance (1), M. Ménière (2), et le docteur Henri James Johnson (3) rapportent chacun une observation d'abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie. Mais dans aucun de ces cas la perforation n'a été simple, car l'abcès s'ouvrait en même temps dans le gros intestin ou à la surface de la peau. Et même dans le fait rapporté par M. Ménière, on observa à la fois les trois espèces de perforations. Dans les deux cas qui ont été recueillis par Dance et M. Ménière, il ne paraît pas que la présence du pus dans la vessie ait déterminé des symptômes particuliers; mais il n'en fut pas de même pour le malade du docteur Johnson, qui, obligé d'uriner toutes les demi-heures, éprouvait en même temps de vives douleurs au périnée, dans la vessie et au bout du pénis, douleurs qui se prolongeaient quelques instants après l'émission de la dernière goutte d'urine; ce liquide était parfois sanguinolent et la pression au pubis était douloureuse. Enfin l'urine traitée par la chaleur et par les réactifs chimiques a fourni quelques flocons albumineux.

---

(1) *Loc. cit.* Obs. 15e, p. 98.

(2) *L. cit.* Obs. 18e, p. 526.

(3) *The medico-chir. Rewiew*, dernier cahier trimestriel de 1836. Et *Gaz. médicales*, T. 5, p. 123.

A l'autopsie on constata que les reins n'étaient pas malades. La vessie était saine au premier coup d'œil, la muqueuse n'était ni enflammée ni épaissie; mais on voyait à la partie moyenne de la paroi antérieure du viscère une petite ouverture ronde, ayant à peine le diamètre d'un pois, communiquant dans un trajet sinueux, formé entre l'insertion des muscles au pubis. Ce trajet s'avançait vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrivait dans la fosse iliaque, où il s'ouvrait dans un abcès qui communiquait aussi avec l'intérieur du cœcum.

Que l'abcès s'ouvre à la surface de la peau ou bien que le pus soit versé dans la vessie, le vagin ou le gros intestin, les phénomènes qui se passeront du côté de la tumeur seront à peu près les mêmes dans tous les cas. C'est ainsi que l'abcès s'affaissera d'autant plus que l'écoulement du pus sera plus rapide et plus abondant, et l'on verra cesser quelquefois en peu d'instants certains symptômes dus à la compression qu'exerçait la tumeur sur les parties voisines et spécialement sur le cœcum, les muscles et les vaisseaux : c'est à dire qu'on voit disparaître la constipation et le météorisme, que les mouvements de la cuisse cessent d'être douloureux et s'exécutent plus librement; qu'enfin disparaît en dernier lieu le gonflement œdémateux qui avait envahi le membre inférieur. Dans tous les cas, même lorsque l'affection doit avoir une issue funeste, l'évacuation du pus s'accompagne d'un soulagement général, et d'un sentiment de bien-être qui persiste plus ou moins suivant la marche lente ou rapide de la maladie. Ainsi, sur les trente-cinq malades chez lesquels la suppuration des fosses iliaques fut suivie de guérison, il y en a 24 qui, après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, ne présentèrent jamais à aucune époque nulle espèce d'accident. Chez les autres, au contraire, la guérison fut entravée de plusieurs manières. C'est ainsi que, chez huit d'entre eux l'écoulement du pus ayant cessé prématurément, par suite de l'occlusion ou de l'insuffisance de l'ouverture extérieure du foyer, on vit la fièvre s'allumer, la région iliaque devint de nouveau le siége de gonflement et de vives douleurs; ces

accidents persistèrent jusqu'à ce qu'on eût évacué le pus par une autre incision, ou que la nature s'en fût spontanément débarrassée à l'aide d'une nouvelle perforation. On voit souvent ces alternatives en bien et en mal avoir lieu plusieurs fois de suite avant que la convalescence se déclare franchement. Chez deux autres malades, les parois du foyer s'enflammèrent, les bords de la plaie devinrent érysipélateux, les malades eurent une fièvre violente, et l'un d'eux présenta du délire; mais ces accidents furent conjurés par un traitement approprié. Enfin, chez le dernier malade, le trajet fistuleux se remplit de chairs fongueuses et blafardes, la suppuration devint ichoreuse, la fièvre s'alluma : mais l'usage de lotions détersives, quelques toniques donnés à l'intérieur et des pansements souvent renouvelés ne tardèrent pas à modifier la suppuration et l'état du foyer.

Les malades qui, après l'évacuation du pus, n'éprouvèrent aucun accident nouveau n'ont pas tous été guéris à la même époque. La voie par laquelle le pus s'est échappé au dehors a certainement beaucoup influé sur la rapidité plus ou moins grande de la guérison. En général, les abcès qui se sont ouverts dans le gros intestin sont ceux qui ont guéri le plus vite, car le pus avait cessé de couler, terme moyen, vers le neuvième jour. L'observation de M. Rigaud que j'ai citée plus haut, et dans laquelle la guérison se fit attendre pendant plusieurs mois, est un fait exceptionnel. La longueur de la suppuration dans ce cas dépendait probablement de la grande étendue occupée par le trajet fistuleux, qui de la fosse iliaque droite aboutissait à un point assez rapproché de l'anus. Par contre, les malades chez lesquels on ouvrit le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ont offert de la suppuration pendant 15 jours au moins et parfois pendant 2 ou 3 mois. L'intérieur du foyer sécréta du pus, terme moyen, pendant 27 jours. Il faut rapporter cette prolongation de la suppuration pour les abcès qui s'ouvrent à la peau, à la déclivité du foyer, circonstance qui favorise le séjour et l'altération de la matière purulente. Pour les malades chez lesquels divers accidents vinrent entraver la marche de la maladie, la guérison s'est fait attendre de un à

dix mois. Cette persistance de la suppuration n'a pas seulement pour effet d'affaiblir les malades, mais il est à craindre de voir quelquefois une hernie s'opérer à travers le trajet fistuleux. M. Blandin cite, en effet, l'observation d'un individu qui mourut à l'hôpital Beaujon affecté d'une hernie du cœcum à travers une fistule des parois abdominales (1).

La suppuration laisse après elle, chez le tiers des malades, un léger engorgement, ou des petits noyaux d'induration, qui se résolvent à la longue et qui peuvent même persister pendant plusieurs mois, sans occasionner la moindre douleur ni la plus petite incommodité. Ces engorgements consécutifs occupent tantôt exclusivement le tissu cellulaire, et tantôt aussi ce chapelet de ganglions qui accompagne l'artère iliaque externe.

Quelle que soit la voie par laquelle la suppuration s'est frayée une issue au dehors, si elle continue à se faire au delà de certaines limites, les malades sont bientôt épuisés; on les voit maigrir, perdre de leurs forces, la fièvre s'allume avec des redoublements nocturnes, la langue se sèche, l'appétit se perd; enfin des sueurs abondantes, un dévoiement que rien ne peut arrêter viennent encore ajouter à la faiblesse et accélérer le moment de la mort. La moitié des malades qui succombent aux suites d'un abcès iliaque, meurent dans le dernier degré de marasme, épuisés par l'abondance, la persistance et la viciation de la suppuration. La mort par consomption a lieu de deux à six mois, à dater du début de la maladie, et de un à trois mois après l'ouverture de l'abcès. Cette terminaison s'observe, quel que soit le point par lequel le pus s'est évacué. C'est ainsi que MM. Dance et Husson (obs. XIV[e]) ont vu une jeune fille affectée d'abcès iliaque, dont la matière se fraya une issue à travers les parois du col utérin, et qui succomba aux progrès de la fièvre hectique. J'ai rapporté plus haut une observation du docteur Johnson, dans laquelle on voit un abcès iliaque ouvert à la fois dans le cœcum et la vessie, être également suivi

(1) *Anat. chirurg.* 2[e] édit. P. 323.

d'une terminaison funeste. Il n'est pas rare enfin que la mort résulte de l'ouverture des abcès à la surface de la peau. Dance (1) a signalé comme favorable la communication du foyer avec le gros intestin; car tous les faits de ce genre qu'il a observés se sont heureusement terminés; il est certain cependant qu'une terminaison funeste n'est pas fort rare. Ainsi M. Blandin (2) a vu un volumineux abcès de la fosse iliaque s'ouvrir dans le cœcum en perforant la paroi postérieure de cet intestin : le pus fut rejeté par les selles. L'amélioration qui suivit cette évacuation ne fut que momentanée, car le malade succomba bientôt à l'abondance de la suppuration. J'ai moi-même observé un fait semblable que je rapporterai plus tard en détail.

Lorsque la mort a lieu par consomption, il est très rare que la persistance de la suppuration dépende de la présence d'un corps étranger, comme dans le fait cité par John Bell. Il suffit alors que le projectile soit extrait ou expulsé par les efforts de la nature, pour voir cesser presque aussitôt les accidents graves de résorption qui compromettaient l'existence des malades.

Plusieurs des abcès qui se développent dans certaines parties du corps deviennent mortels, parce que, la dénudation étant trop considérable, les parois opposées ne peuvent plus se mettre en contact pour tarir la source du pus. Cette cause agit fréquemment pour entretenir la suppuration des vastes abcès de l'aisselle et de l'extrémité inférieure du rectum, etc. Dans ces mêmes cas la pénétration facile de l'air dans l'intérieur du foyer altère leur produit de sécrétion, ce qui devient la source de nouveaux accidents. Rien de cela, dit-on, ne s'observe dans les abcès des fosses iliaques dont les parois restent toujours accolées plus ou moins les unes aux autres, par suite de la pression énergique qu'exercent sur elles les viscères et les muscles de l'abdomen. Cette pression, au dire de ces auteurs, serait même

(1) *Dict. en* 25 vol. T. 1er, p. 221.

(2) *Thesis ad agregat.* 1827 (*diversæ in abdomen liquidorum effusiones*), et *anat. chir.* 2e édit, 1834, p. 342.

si puissante qu'elle s'opposerait tout à fait à l'introduction de l'air, et John Bell pense que celle-ci ne doit jamais être invoquée pour expliquer les graves accidents qui se manifestent quelquefois après l'ouverture des abcès iliaques. Je crois qu'il y a de l'exagération dans cette manière de raisonner, car il est incontestable qu'il y a des abcès iliaques dont les parois, habituellement béantes, permettent à l'air atmosphérique de pénétrer dans le foyer. Je l'ai souvent constaté dans les abcès symptomatiques de carie vertébrale, et mon ami le docteur Jacquemier m'a dit l'avoir observé deux fois dans des abcès phlegmoneux consécutifs aux couches. Chez ces deux malades, après avoir vidé le foyer purulent, on ne voyait pas celui-ci revenir sur lui-même ; il restait au contraire largement béant, ce dont on pouvait aisément se convaincre en introduisant le doigt dans sa cavité. L'air par conséquent y pénétrait avec facilité, et la percussion pratiquée sur la paroi antérieure de l'abcès donnait un son tympanique fort remarquable. Ces deux femmes succombèrent épuisées par la longueur et l'abondance de la suppuration.

Parmi les malades qui meurent à la suite des abcès iliaques, il y en a un bon sixième qui est emporté par la péritonite. Cette terrible maladie peut survenir à une époque rapprochée du début, comme on le voit dans la quatrième observation du mémoire de Dance. Ce fait est relatif à un jeune homme affecté de phlegmon de la fosse iliaque droite et chez lequel la phlegmasie se propagea rapidement au péritoine et au tissu cellulaire voisin, qu'on trouva, lors de l'autopsie, infiltré d'une grande quantité de pus. Dans la troisième observation du mémoire de Bourienne (1), on trouve un nouvel exemple d'un abcès au flanc gauche qui fut mortel vers le dixième jour par suite de l'extension de la phlegmasie à la membrane péritonéale. La péritonite survient d'autres fois à une époque plus éloignée; elle succède généralement alors à la rupture de l'abcès et à l'é-

(1) *Loc. cit.* P. 77.

panchement consécutif du pus dans la cavité de la membrane séreuse. J'ai observé un cas de ce genre en 1831 ; la perforation fut marquée par l'affaissement brusque de la tumeur et par tous les symptômes d'une péritonite sur-aiguë ; la mort survint quinze ou vingt-quatre heures après, je ne saurais bien le préciser, parce que je n'ai pu retrouver dans mes papiers la note concernant ce malade. L'épanchement du pus dans le péritoine peut aussi déterminer la mort sans produire de péritonite. En effet M. Perrochaud, interne distingué des hôpitaux, a rapporté l'histoire d'une femme chez laquelle survint un abcès qui occupait la fosse iliaque gauche et le muscle psoas du même côté. La malade était en proie à une fièvre continue avec des redoublements le soir, elle avait des sueurs et de la diarrhée : cependant rien ne faisait encore prévoir une terminaison promptement funeste, lorsque, un jour, cette malheureuse, en causant tranquillement avec une de ses voisines, fut prise d'un léger mouvement convulsif et expira aussitôt. A l'autopsie, M. Perrochaud constata un vaste épanchement purulent dans le flanc gauche sans trace de péritonite. Le pus épanché provenait d'un foyer considérable existant dans la fosse iliaque gauche, d'où il était sorti par une perforation de l'aponévrose iliaque de la largeur d'une pièce de trente sous (1).

Enfin, il y a des malades qui meurent sans péritonite, et avant que le pus se soit frayé une issue à l'extérieur. Ces individus succombent alors à l'étendue des désordres, et à l'épuisement produit par une suppuration qui a envahi de grandes surfaces. Chez deux malades atteints de tubercules suppurés, l'abcès iliaque n'a fait que hâter une mort qui était déjà assez prochaine et inévitable par la période à laquelle la lésion organique était arrivée. Dans les abcès stercoraux, il est fréquent de voir la mort survenir avant qu'on ait pu, par une incision livrer passage au pus et aux parties désorganisées ; c'est ainsi que sur cinq décès produits par des abcès gangréneux de la fosse

(1) *Bulletin de la société anat.* 12e année, 7e bulletin. P. 205.

iléo-cœcale, il y en a trois qui ont été mortels après une durée de sept jours à un mois : les matières putrides étaient encore réunies en foyer, et la mort est survenue par épuisement, et par suite de cette prostration, de cette atteinte profonde que portent au principe de la vie les inflammations gangréneuses, quel que soit leur siége.

La gangrène, cette fâcheuse complication, ne s'observe guère que dans les phlegmons consécutifs à la mortification du cœcum ou de son appendice, et à l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire voisin. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé la gangrène dans les phlegmons d'origine spontanée et qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Si au contraire l'engorgement inflammatoire, quoique spontané, est subjacent au fascia iliaca, celui-ci pourra produire alors un véritable étranglement des parties phlogosées, et il sera assez commun de voir dans ces abcès sous-aponévrotiques les fibres du muscle iliaque noirâtres, ramollies, et exhalant une odeur fétide. Aucun symptôme ne peut faire diagnostiquer sûrement cette fâcheuse terminaison; mais lorsqu'on donne issue à la matière épanchée, celle-ci exhale une odeur fétide, et entraîne avec elle des gaz, des fèces et des lambeaux de tissu cellulaire, de muscles et de tendons mortifiés. L'on conçoit que la mort doit être la suite presque inévitable de pareils désordres.

Néanmoins les efforts de la nature et de l'art peuvent quelquefois enrayer les accidents : je dirai même que la guérison ne doit pas être très rare. En effet, sur sept cas d'abcès stercoraux et gangréneux que je connais, elle a été observée deux fois. C'est ainsi qu'il y a peu d'années on vit à la clinique de Heidelberg un jeune homme affecté de carie vertébrale, chez lequel se développa graduellement une inflammation, puis un vaste abcès dans la fosse iliaque droite; cet abcès s'ouvrit au dehors, il s'en écoula du pus mêlé à des matières fécales et à des pépins de melon. L'abcès se ferma après quelques semaines, mais le malade ayant succombé au bout de plusieurs mois aux progrès du mal vertébral, on reconnut à l'autopsie que l'ap-

pendice avait été le siége de la perforation; il adhérait intimement à la cicatrice de l'abcès et présentait des traces évidentes d'une inflammation antérieure (1). Le huitième fait du mémoire de Burne est encore plus remarquable, à cause des graves lésions qu'on observa, puisque le malade rendit, par les incisions que l'on pratiqua, plusieurs lambeaux gangrénés de muscles et de tendons, dont quelques-uns avaient plus de deux pouces de longueur. Il eût été intéressant de savoir si ces pertes de substance considérables avaient par la suite rendu difficiles les mouvements de flexion et d'adduction du membre inférieur correspondant.

Les auteurs ont en effet généralement négligé de décrire l'état des malades après la guérison ; cependant il n'est pas très rare d'observer consécutivement aux abcès divers accidents qui persistent quelquefois indéfiniment. J'ai cité précédemment un fait de M. Blandin qui prouve qu'une hernie du cœcum peut s'effectuer à travers le trajet fistuleux qui aboutit à la peau. Des éventrations pourront aussi se faire à travers les cicatrices parce que la paroi abdominale se trouve beaucoup affaiblie dans ce point. En 1832, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu un individu qui portait une éventration à deux ou trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope du côté droit ; elle avait lieu au niveau d'une cicatrice résultant d'une incision qui avait été faite plusieurs années auparavant pour évacuer une collection purulente formée probablement dans la fosse iliaque, à en juger du moins par quelques renseignements fournis par le malade lui-même.

D'autres fois le phlegmon des fosses iliaques est suivi d'un engorgement œdémateux du membre inférieur correspondant, engorgement qui persiste quelquefois indéfiniment. Si on se rappelle les rapports qui existent entre la tumeur et les vaisseaux qui vont se distribuer à la cuisse, on concevra sans peine l'accident dont je parle. Il y a quatre ans je fus appelé auprès

(1) *L'Expérience. Loc. cit.* p. 342.

d'une jeune femme qui, quelques jours après un accouchement difficile, avait été prise de douleur vive dans la fosse iliaque gauche avec formation d'une tumeur dans cette région, accompagnée d'engourdissement et d'œdème dans le membre inférieur correspondant. Plusieurs applications de sangsues furent faites, néanmoins la tumeur se ramollit, une fluctuation obscure s'y fit sentir; mais la malade, ayant épuisé toutes ses ressources chez elle, se fit transporter à l'hôpital. Je la perdis de vue lorsque, il y a dix-huit mois, le hasard me la fit rencontrer dans une des salles de l'Hôtel-Dieu. Elle m'apprit alors que depuis 1834, la cuisse et la jambe gauches étaient restées plus volumineuses que celles du côté opposé; que, dans le courant de 1835, pour peu qu'elle fatiguât, son pied se tuméfiait au point qu'elle ne pouvait plus mettre son soulier. Elle éprouvait en même temps dans tout le membre un engourdissement et une sensation de froid pénible. L'ayant alors examinée avec soin, je ne pus découvrir dans la fosse iliaque aucune trace de l'ancienne tumeur; toutefois l'épaisseur considérable des parois abdominales m'a empêché d'explorer la région aussi complétement que je l'aurais désiré. Le membre inférieur gauche était sensiblement plus gros que le droit; la pression n'y faisait point reconnaître d'œdème, mais seulement une sorte de dureté ou de rénitence générale. Lorsque la malade fatigue ou reste longtemps debout, son membre devient alors lourd, il lui paraît aussi plus volumineux; l'enflure est surtout marquée au pied, qui devient douloureux à la pression. Les parties génitales, explorées par le toucher, n'offrent rien d'anormal. Quelle est la lésion qui, chez cette femme, entretient ainsi un engorgement permanent du membre inférieur gauche? Il est à peu près certain que cet engorgement se rattache à une gêne de la circulation veineuse. Il est présumable que le calibre de la veine iliaque est diminué par suite de la compression qu'exerce sur elle la cicatrice de l'ancien foyer purulent qui s'est probablement terminé par résorption, car rien n'indique qu'il se soit ouvert au dehors, et il ne paraît pas qu'à aucune époque la ma-

lade ait rendu du pus par le vagin, par l'urètre ou le rectum. Enfin il serait possible aussi que la veine iliaque, par suite de la compression que la tumeur a exercée sur elle, ait été le siége de quelque concrétion sanguine qui en a diminué le calibre. C'est encore là une supposition qu'il est permis de faire. D'ailleurs, je ne crois pas que le vaisseau soit tout à fait oblitéré ; car s'il en était ainsi, la stase séreuse serait plus considérable, et l'on verrait probablement aussi des dilatations des veines superficielles, ce qui n'a pas lieu. Quoi qu'il en soit, il est à présumer que cette femme ne guérira jamais de l'engorgement œdémateux dont elle est affectée.

Anatomie pathologique. On conçoit que les lésions qu'on trouve à l'autopsie des sujets qui succombent aux suites des abcès iliaques varient suivant le mode de terminaison de la maladie, ses complications et l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Lorsque celle-ci arrive par épuisement, l'abcès occupe alors un grand espace. Le péritoine qui l'entoure présente communément une couleur noirâtre, résultant de l'imbibition du fluide que contient le foyer. Celui-ci, commençant inférieurement plus ou moins près de l'arcade crurale, se prolonge en haut jusqu'au voisinage des reins ou des dernières fausses côtes; ses parois sont noirâtres, irrégulières, tomenteuses dans quelques points; lisses, polies dans d'autres où l'on constate aisément l'existence d'une membrane pseudo-muqueuse.

Lorsque la suppuration a duré longtemps, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; cependant on en cite des exemples : tel est entre autres le fait de M. Bérard que j'ai rapporté précédemment. Dans ces cas, les muscles psoas, iliaque et carré lombaire, exempts d'altération, conservent leur couleur et leur consistance; mais ordinairement ces organes sont plus ou moins altérés, leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées et infiltrées de pus. La lésion frappe surtout le muscle iliaque dans sa partie moyenne et supérieure; le psoas est d'autant plus altéré qu'on se rapproche davantage de son bord ex-

terne. Il est difficile de dire en quelle proportion exacte on observe ces graves lésions des muscles, car les auteurs ont souvent négligé de décrire l'état de ces organes. Cependant, sur 12 autopsies, les seules qui puissent entrer dans mon relevé, je trouve que sur 10 cadavres on a rencontré une altération plus ou moins profonde des muscles. C'est ainsi que les psoas ont été trouvés malades 8 fois, le muscle carré 5 fois, et le muscle iliaque 10 fois. La désorganisation était généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire, circonstance qui doit éclairer sur le siége primitif du mal et sa propagation. Toutefois il serait impossible le plus souvent de déterminer par l'examen seul des parties si le phlegmon a d'abord envahi le tissu cellulaire sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédé peuvent plutôt fournir quelques données utiles pour la solution du problème. Au milieu de ce désordre des parties molles, il est quelquefois difficile de trouver même çà et là quelques vestiges du fascia iliaca ; cependant, dans la plupart des cas, ce feuillet fibreux existe, mais adhérent plus intimement que d'ordinaire au péritoine percé d'une ou de plusieurs ouvertures qui ont depuis quelques lignes jusqu'à plusieurs pouces d'étendue. Dans plus de la moitié des cas on trouve des troncs ou des filets nerveux destinés au membre inférieur qui traversent le foyer purulent ; ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis et friables; mais dans un tiers des cas ils paraissaient exempts de toute altération. Il en est de même des vaisseaux iliaques.

Ceux-ci ont été vus deux fois seulement au centre du foyer: leurs parois, baignées par le pus de toutes parts, étaient ramollies et friables sans aucune lésion à l'intérieur, et n'avaient point cessé d'être perméables au sang. Dans un fait cité par M. Corbin (1) le faisceau vasculaire iliaque était induré ; mais l'absence de toute description m'empêche de déterminer la nature de l'altération. Les rapports des vaisseaux avec l'abcès expli-

(1) *Gaz. méd.* du 23 octobre 1830. Obs. 1re.

quent donc les phénomènes de compression que j'ai signalés précédemment; et quoique la veine soit placée dans une position plus excentrique que l'artère, elle est néanmoins plus souvent comprimée que celle-ci, ce qui tient sans doute à l'inégale résistance des parois dans l'un et l'autre vaisseau. Enfin, pour terminer ce qui se rapporte à ces foyers, je dirai que, comme Dupuytren, j'ai constaté que lorsqu'ils communiquent avec le gros intestin, on ne voit pas les matières fécales pénétrer dans leur cavité. Cet épanchement ne s'observe guère que dans les abcès succédant à la gangrène du cœcum ou de son appendice. Dupuytren invoquait trois raisons pour expliquer cette particularité. La première, c'est que ces abcès se vident graduellement; la seconde tient à l'obliquité de l'ouverture, et la troisième enfin au décollement de l'intestin qui fait office de soupape (1).

(La fin au prochain numéro.)

Mémoire sur une forme d'encéphalite encore peu connue,

Par Max. Durand Fardel, *interne de la Salpêtrière, membre de la Société anatomique et de la Société médicale des internes.*

J'ai observé une maladie caractérisée, anatomiquement, par la rougeur, la tuméfaction, la mollesse des circonvolutions cérébrales, et leurs adhérences avec la pie-mère; pathologiquement, par des symptômes apoplectiformes graves, et débutant d'une façon instantanée. On verra, dans les observations qui suivent, ces deux groupes et d'altérations anatomiques et de symptômes se montrer avec une physionomie toujours identique, dans un rapport toujours constant. Mon attention se fixa sur ces faits d'autant plus vivement que je n'avais pas vu dans les auteurs de

(1) *Loc. cit.*

maladie décrite sous la forme sous laquelle celle-ci se présentait à mes yeux, et que je trouvais à peine quelques cas semblables, épars dans les ouvrages qui traitent des maladies cérébrales.

Je fus frappé d'abord de la ressemblance qui existe entre cette altération anatomique et celle que les auteurs ont décrite sous le nom d'*encéphalite*, et qu'ils nous ont montrée à la suite de plaies de tête, ou dans d'autres circonstances, donnant lieu aux phénomènes que l'on est convenu de rapporter à l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. J'avais vu moi-même dans plus d'un cas, à la suite de délire, de symptômes épileptiformes, etc., des circonvolutions rouges, tuméfiées, ramollies, adhérentes aux membranes; je dus rechercher alors comment une même altération pouvait donner lieu à deux ordres de phénomènes si différents, et je ne tardai pas à reconnaître que lorsque la maladie revêtait la forme d'apoplexie, l'altération des circonvolutions s'étendait toujours à une grande partie de la surface du cerveau; que lorsqu'elle s'annonçait par des signes d'irritation, elle n'occupait qu'un espace circonscrit à quelques circonvolutions. Il me sembla alors que deux altérations dont la physionomie est identiquement la même, et qui ne diffèrent absolument que par leur étendue, doivent avoir nécessairement la même nature, et que, si l'une d'elles est une inflammation, il est impossible de ne pas attribuer à l'autre le même caractère; qu'en un mot il faut refuser ou accorder à toutes deux le nom d'inflammation.

Je sais que la forme symptomatique à laquelle j'ai d'abord fait allusion ne paraît guère en harmonie avec cette manière de voir; cependant, me fiant aux données plus certaines que me fournissait l'anatomie pathologique, j'ai pensé que sans doute le désaccord n'est qu'apparent, et qu'il est possible, sans forcer les faits, de se rendre compte dans ce sens des liens qui unissent les phénomènes observés pendant la vie aux altérations rencontrées après la mort.

Le but de ce mémoire est donc de faire connaître des faits en-

core peu étudiés et de prouver leur nature inflammatoire; c'est une forme nouvelle d'encéphalite que j'ai à décrire, ou plutôt dont j'ai à démontrer l'existence (1). Ma tâche sera difficile; le point de vue nouveau sous lequel je présente ces faits se trouvera sans doute en désaccord avec une manière de voir basée sur d'autres principes; ensuite je n'ignore pas l'écueil que présente la théorie lorsqu'on abandonne un instant la ligne droite de l'observation. Mais, si je ne réussis pas à porter la conviction dans l'esprit du lecteur, je croirai cependant n'avoir pas fait un travail inutile, quand je ne parviendrais qu'à fixer son attention sur une manière d'envisager les faits susceptible peut-être de jeter quelque jour sur d'autres points de la pathologie cérébrale, cette branche de notre science si belle et si difficile.

Je vais d'abord rapporter les observations qui sont le sujet de ce travail; j'étudierai ensuite les conséquences qui me paraîtront résulter de leur analyse et de leur comparaison avec d'autres faits.

§ I. *Cancer de l'utérus. Perte de connaissance, sans symptômes précurseurs; abolition complète du sentiment et du mouvement à droite, sans raideur; mort au bout de quarante heures, à peu près, dans un coma profond, avec résolution et insensibilité générales. Rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche; apoplexie capillaire, adhérences de la pie-mère.*

La nommée Gougy, âgée de 51 ans, était couchée au n° 19 de la salle Sainte-Marthe; affectée d'un cancer de l'utérus très avancé, elle

(1) Je ne me suis décidé qu'avec peine à publier ce travail. Les idées que j'y mets en avant ne sont pas partagées par tout le monde, et je le dis surtout à regret; M. Cruveilhier donne aux faits que je vais rapporter une tout autre explication que celle que j'ai cru devoir adopter. On conçoit que j'aie dû hésiter avant de me mettre ainsi en opposition, si je puis ainsi dire, avec un maître si bon et dont personne n'apprécie plus que moi les précieuses leçons et la longue expérience; mais on doit croire que ce n'est qu'après beaucoup de réflexions, et l'analyse d'un grand nombre de faits, que j'ai cru pouvoir arrêter mes idées sur ce point et les mettre au jour.

souffrait excessivement, et de fortes doses d'opium lui procuraient à peine du soulagement. Le 12 août 1838 on la trouva dans l'état suivant, qui paraît être survenu la veille, dans la journée.

Coma profond, la face est légèrement contractée, la bouche un peu déviée à gauche, la narine droite affaissée ; les pupilles sont normales, peu contractiles ; les paupières s'abaissent lentement lorsqu'on en approche la main brusquement ; les conjonctives sont également sensibles, mais la pituitaire droite semble tout à fait insensible au toucher. Résolution complète avec insensibilité du bras et de la jambe droite ; partout ailleurs, le moindre attouchement détermine des signes d'une vive impatience. La malade ne profère pas une plainte ; l'ouïe paraît totalement abolie. La respiration est haute, peu fréquente, égale des deux côtés ; la peau est assez chaude, le pouls peu développé, d'une fréquence normale. On ne peut obtenir de renseignements précis sur la manière dont ces accidents ont débuté ; il paraît que la veille, dans la journée, on a remarqué qu'elle cessait de parler, de se plaindre ; mais, par négligence, on n'a pas appelé l'élève de garde. Le soir, même état. Le lendemain matin, coma plus profond encore, résolution et insensibilité générales, respiration fréquente et stertoreuse, circulation presque éteinte ; mort à dix heures.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort.

Une grande quantité de sang s'écoule des sinus de la dure-mère. La cavité de l'arachnoïde, bien que très humide, ne laisse pas écouler une quantité appréciable de sérosité. Les vaisseaux de la base sont sains. La pie-mère présente une injection sanguine prononcée, surtout à gauche, sans infiltration séreuse.

L'hémisphère gauche paraît plus volumineux que le droit ; les circonvolutions sont tassées et aplaties. La pie-mère adhère généralement à la surface du cerveau et entraîne avec elle une partie de la substance corticale. Les circonvolutions sont beaucoup plus volumineuses que celles du côté opposé, moins consistantes, mais peu ramollies, car un filet d'eau les pénètre à peine ; cette altération occupe à peu près les deux tiers de ces circonvolutions, surtout celles de la partie moyenne de la convexité, et en dehors, celles qui avoisinent le lobule du corps strié, et ce lobule lui-même. On trouve au fond de plusieurs anfractuosités quelques plaques formées par un pointillé d'un violet presque noir (apoplexie capillaire) ; quelques plaques semblables se rencontrent sur la convexité de l'hémisphère droit, qui ne présente aucune autre espèce d'altération. La coloration rose et le ramollissement ne s'étendent nulle part au-delà de la substance

corticale, dont ils ne paraissent pas occuper toute l'épaisseur. La substance blanche est un peu pointillée, d'une consistance normale. Les ventricules contiennent un peu de sérosité, et leurs parois sont saines, à part un peu de ramollissement superficiel et légèrement rosé du corps strié et de la couche optique gauches.

Poumons flasques, à peine engorgés, un peu de mucus opaque dans les bronches. Le cœur est d'un petit volume, ses orifices parfaitement libres. Dégénérescence squirrheuse considérable du corps de l'utérus et du vagin (1).

L'instantanéité et la nature des accidents qui avaient enlevé si rapidement cette malade caractérisent parfaitement la marche que suivent habituellement l'hémorrhagie cérébrale et plus rarement cette forme de congestion à laquelle on a donné le nom de coup de sang; et les altérations que l'on a rencontrées après la mort tiennent à la fois et de l'hémorrhagie et de la congestion. L'apoplexie capillaire, en effet, ne paraît être qu'une forme de l'hémorrhagie cérébrale, résultat, sans doute, de la rupture de vaisseaux capillaires, qui forment de petits foyers isolés, au lieu d'un épanchement en masse ; et d'un autre côté, la rougeur et la tuméfaction des circonvolutions attestaient une congestion sanguine considérable vers la périphérie du cerveau. Mais il y avait quelque chose de plus ; c'étaient des adhérences molles de la pie-mère aux circonvolutions, et un ramollissement superficiel de la substance corticale, c'est-à-dire des signes d'inflammation et d'inflammation récente. Or, s'il est permis de chercher à deviner quelle marche ont suivie ces altérations dans leur développement, on doit penser que l'apoplexie capillaire et la congestion se sont montrées d'abord, et que le ramollissement et les adhérences se sont développés

(1) Quelque peu de valeur que l'on doive accorder, j'en conviens, aux renseignements dont on est obligé de se contenter, dans les hôpitaux, sur les antécédents des malades, je crois pouvoir affirmer que chez cette femme que nous avions depuis longtemps dans nos salles, et à laquelle, depuis près de trois mois, je parlais moi-même presque tous les jours, on ne saurait douter aucunement de l'absence de symptômes cérébraux précurseurs ; et cela, d'autant plus qu'elle n'était pas d'un âge assez avancé pour que des manifestations symptomatiques de ce genre fussent très difficiles à saisir chez elle.

tard. N'est-ce pas précisément cette marche que suit l'inflammation? Quant aux symptômes, ils nous ont présenté des phénomènes de compression tout-à-fait en rapport avec la *tuméfaction*, que les observations suivantes montreront un des caractères les plus constants de l'altération que nous décrivons (1).

OBS. II. *Entérite chronique. Coma profond, résolution générale, sensibilité obtuse, mort au bout de vingt heures à peu près. Apoplexie capillaire, rougeur, et léger ramollissement de presque toute la périphérie du cerveau et des parois des ventricules, tuméfaction de quelques circonvolutions, adhérences générales de la pie-mère.*

La nommée Farge Domange, âgée de 79 ans, était couchée depuis deux mois dans une salle de *gâteuses*, affectée d'une entérite chronique. Elle s'affaiblissait beaucoup, mais n'avait jamais présenté aucun symptôme cérébral. Le 4 juin 1838, on la trouva, le matin, dans l'état suivant dans lequel elle était tombée on ne sait à quelle heure de la nuit. Coma profond, respiration fréquente (36 inspirations par minute), légèrement ronflante ; paupières abaissées ; pupilles immobiles, dilatées, la droite plus que la gauche ; point de déviation de la face ; résolution générale avec flaccidité des membres ; sensibilité très obtuse, grimaces lorsqu'on la pinçait avec force. La peau était assez chaude, le pouls à 86, plein et fort. Domange demeura toute la journée dans le même état ; le soir, à neuf heures, la circulation ne se faisait plus sentir, une sueur froide et abondante couvrait toute la peau ; elle expira bientôt après sous mes yeux. Autopsie 36 heures après la mort.

Infiltration gélatiniforme et injection médiocre de la pie-mère, adhérences générales de cette membrane, mais faciles à détacher. Les circonvolutions des deux hémisphères présentent la plupart une coloration d'un rose vif, ou d'un jaune peu foncé, avec une foule de nuances intermédiaires ; sur quelques unes, et surtout au fond des

(1) La tuméfaction, dit M. Rostan, n'est guère possible dans l'intérieur du crâne. Cependant il arrive quelquefois que les circonvolutions sont épaissies ; les signes du coma sont, sans doute, dus autant à la compression qui résulte de cette augmentation de volume, qu'à l'altération locale de l'encéphale. (*Recherches sur le ramollissement du cerveau*, deuxième édit., p. 164).

anfractuosités, on remarque des plaques formées d'un pointillé d'un rouge vif ou noirâtre (apoplexie capillaire), ovalaires ou irrégulièrement arrondies. Presque toute la surface du cerveau est d'une mollesse remarquable, mais sans diffluence. Quelques circonvolutions, colorées en rose, sont très volumineuses et évidemment tuméfiées. Ces diverses altérations, plus prononcées à droite qu'à gauche, occupent surtout la partie moyenne de la convexité de chaque hémisphère, mais descendent un peu vers la base. Les parois des ventricules latéraux sont très molles à leur superficie, avec une légère coloration jaunâtre des corps striés et des couches optiques. La coloration rosée des circonvolutions n'occupe que leur couche corticale. La substance médullaire présente peu d'injection, mais un peu plus de mollesse qu'à l'ordinaire. La moelle allongée et le cervelet n'offrent rien à noter. Inflammation très vive de tout le canal intestinal.

Ici nous trouvons précisément les mêmes altérations que dans le cas précédent, seulement répandues sur toute la superficie du cerveau, même sur sa surface ventriculaire. Les symptômes se sont montrés en rapport avec les lésions anatomiques et généraux comme elles. La mort a été très prompte; aussi les adhérences de la pie-mère étaient bien moins prononcées que dans le cas précédent; ce qui montre que dans ce dernier ce n'était pas à cause de son défaut de consistance que la substance corticale se laissait enlever par la pie-mère, mais bien à cause des adhérences qui s'étaient formées entre elles. Quant au ramollissement, on sait avec quelle rapidité il peut se produire dans la substance cérébrale; mais il y a loin encore de cette formation rapide à un développement instantané que quelques auteurs ont cru devoir admettre, et dont il est permis de douter jusqu'à ce que son existence soit plus sûrement démontrée.

OBS. III. *Céphalalgie, étourdissements, plus tard gêne de la parole, puis tout à coup coma, paralysie du mouvement des membres droits; abolition presque complète des fonctions sensoriales du même côté; intelligence à peu près intacte; mort le troisième jour. Rougeur, gonflement et tendance au ramollissement des circonvolutions, en haut et à gauche;*

ramollissement du corps strié gauche, injection par places, de la substance blanche (1).

La nommée Fort, âgée de 72 ans, éprouve habituellement, depuis deux ans, de la céphalalgie et des étourdissements ; elle a ressenti pour la première fois, il y a trois mois, une grande difficulté à s'exprimer, qui s'est dissipée sans traitement, au bout d'une quinzaine de jours. Elle se portait parfaitement bien, lorsque le 9 octobre 1838, étant au lit, on s'aperçut tout à coup qu'elle était paralysée, et on la transporta à l'infirmerie, où elle présenta l'état suivant :

Femme grasse, bien constituée, plongée dans un coma profond. La joue droite se laisse distendre à chaque expiration ; la bouche n'est pas déviée ; la langue est un peu tournée à droite. Le bras droit est résolu sans raideur ; cependant, quand on la pince, il exécute quelques mouvements; la jambe de ce côté est aussi fort peu mobile. Le côté droit de la face est beaucoup moins sensible que le côté opposé; il en est de même de la conjonctive et de la pituitaire droites. La malade ne voit un peu que de l'œil gauche (elle a été opérée de la cataracte à droite). Le pouls est fort, inégal, irrégulier, à 80 p. Seize respirations inégales et irrégulières ; peau tiède, pas de rougeur à la face, pas de vomissements. La malade entend, mais n'obéit que lentement aux ordres qu'on lui donne. (Limon., 20 sangsues derrière les oreilles, lav. avec trois gouttes d'huile de croton.)

10 octobre. Pendant la nuit, agitation, plaintes inarticulées. Déviation de la bouche à gauche ; quelques mouvements faibles à droite ; mouvements presque continuels des membres gauches et des yeux. Stertor, écume à la bouche, l'intelligence paraît toujours conservée. (Saignée de 4 pal.)

11 octobre. Hier soir, affaissement profond, gêne extrême de la respiration ; des sinapismes diminuent ce dernier symptôme. La nuit est assez calme. Ce matin, la respiration n'est plus stertoreuse, bien que très fréquente (40 inspirations par minute). Le pouls est à 80. Mort à trois heures du soir.

Autopsie quarante-une heure après la mort. (temp. de +8° R.) Les os du crâne contiennent beaucoup de sang ; les sinus de la dure-mère sont remplis de sang liquide ou coagulé. La pie-mère ne contient pas de sérosité ; ses veines sont considérablement dilatées et remplies de sang, un peu plus à gauche qu'à droite. Bien qu'elle offre

---

(1) Je dois cette observation à l'amitié de mon collègue M. Ernest Boudet.

une couleur rouge presque uniforme, il n'y a pas d'extravasation de sang hors des vaisseaux.

La pie-mère, très friable, s'enlève facilement, et ne paraît pas plus adhérente d'un côté que de l'autre. L'hémisphère gauche est plus volumineux que le droit; ses circonvolutions tuméfiées et pressées les unes contre les autres. Elles sont d'une couleur rose très vive, surtout à la partie antérieure, moyenne et externe de l'hémisphère. Au milieu de la rougeur la plus vive on voit de petites plaques claires, où la substance grise a conservé sa couleur normale. La coloration rouge occupe toute l'épaisseur de la substance corticale. Les circonvolutions semblent un peu mollasses au toucher; cependant un filet d'eau ne les pénètre pas, seulement il dessine quelques franges sur le bord d'une coupe faite à sa substance corticale. La substance blanche présente un piqueté assez serré; il ne s'écoule pas de sang à la coupe, mais on y voit de larges plaques rosées. Le corps strié est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé; il est à la surface et dans son épaisseur d'une couleur rougeâtre semblable à celle des circonvolutions. Il ne paraît aucunement désorganisé; cependant quand on le touche on éprouve une sensation de mollesse, de rénitence, assez semblable à celle d'une gelée un peu ferme; la substance blanche voisine, quoiqu'à un moindre degré, présente à peu près la même altération. La projection d'un jet d'eau un peu fort produit sur le corps strié un phénomène assez curieux : c'est une énucléation presque complète de ce corps, de l'espèce de coque qui le renferme, et une dissection très délicate, sans déchirure apparente, des fibres blanches qui le traversent; à part cela, le jet d'eau altère à peine le noyau du corps strié lui-même. La couche optique n'est pas sensiblement altérée. L'hémisphère droit ne présente de remarquable qu'une injection assez prononcée. Petite quantité de sérosité limpide dans les ventricules et à la base du crâne. Congestion assez prononcée du cervelet et du bulbe rachidien. Épaississement des artères cérébrales. Cœur volumineux. Poumon infiltré de sang.

Dans cette observation, la maladie est plus étendue que dans les précédentes; elle n'est plus circonscrite à la substance grise des circonvolutions; elle occupe aussi le corps strié et un peu des parties environnantes. Remarquez, du reste, que cette altération du corps strié est tout à fait semblable à celle que nous n'avons observée jusqu'ici qu'aux circonvolutions; c'est la

même tuméfaction, la même rougeur, la même mollesse, sans désorganisation. Il n'y avait pas d'adhérences bien prononcées des membranes au cerveau; mais aussi les circonvolutions, suivant l'expression de l'auteur de l'observation, ne présentaient qu'une *tendance* au ramollissement; la maladie était presque restée à l'état de simple congestion.

Les plaques non colorées que présentait la substance corticale, sans être absolument rares dans la congestion cérébrale, sont un phénomène curieux et difficile à expliquer, quel que soit le caractère que l'on attribue à l'altération du cerveau.

Les symptômes paraissent toujours l'expression d'un état de compression, dont la turgescence des parties congestionnées rend parfaitement compte.

Obs. IV. ***Hémiplégie droite incomplète depuis un an. Perte subite de connaissance, coma profond, contracture du bras droit. Mort au bout de près de cinq jours. Ramollissement chronique avec désorganisation du lobe antérieur gauche; rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel, et adhérences avec la pie-mère des circonvolutions voisines*** (1).

Vaudet, âgée de 53 ans, bien constituée, a été frappée pour la première fois d'hémiplégie droite, il y a un an; cette paralysie se dissipa peu à peu, et se renouvela subitement il y a six mois; depuis cette époque il reste de la faiblesse du côté droit, sans céphalalgie. Le 12 août 1838, dans la soirée, Vaudet, causant gaîment avec ses parents, tombe tout à coup sans connaissance. On la trouve le lendemain matin dans l'état suivant :

Elle est plongée dans un coma profond, couchée sur le dos, tout à fait immobile; aucune parole, aucun gémissement n'est proféré. La bouche est légèrement déviée à gauche; les paupières, entr'ouvertes, se referment lorsqu'on approche des yeux un corps étranger; les pupilles sont normales; l'ouïe paraît complétement abolie. Il y a de la raideur et peu de mobilité à droite; les mouvements sont libres à gauche; la sensibilité est obtuse. La respiration est fréquente, 28 inspirations par minute; le pouls est large, plein, fréquent, à 100 p. Pas de vomissement au début. (Saignée du bras, lav. purg.)

(1) Les détails qui suivent m'ont été communiqués par mon collègue et ami M. Rogée, interne du service où a été placée cette malade.

14. Le bras droit, qui hier n'était qu'un peu raide, est aujourd'hui le siége d'une forte contracture, qu'on dit s'être déjà montrée au moment de l'attaque. (40 sangsues derrière les oreilles, vésic. aux jambes.)

15. Même état, à peu près; la pituitaire droite est tout à fait insensible à l'ammoniaque qui paraît agir fortement sur la gauche. Le pouls est fort, très irrégulier; la peau brûlante.— 16. Un peu moins de raideur à droite (saig., lav. purg.). — 17. Respiration bruyante, embarrassée, se suspendant par intervalles; la raideur a presque disparu à droite; encore un peu de sensibilité à gauche; pouls petit, très irrégulier. Mort dans la journée.

Autopsie, vingt-deux heures après la mort.

Un peu de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde. Les artères de l'encéphale sont partout souples et exemptes d'ossification; mais celles qui se rendent à la partie antérieure de l'hémisphère gauche, c'est à dire la carotide interne et ses principales branches, sont remplies par un caillot rougeâtre, assez ferme, qui les oblitère. Tout le lobe antérieur de cet hémisphère est affaissé, tout à fait déformé, profondément ramolli; partout ailleurs, mais surtout à la partie interne et moyenne de la convexité de ce même hémisphère, les circonvolutions sont pressées et aplaties. Toutes celles qui avoisinent le ramollissement sont très volumineuses, d'une couleur rose, et un peu ramollies, mais très superficiellement; la pie-mère qui les recouvre leur est notablement adhérente, tandis qu'ailleurs elle s'enlève avec la plus grande facilité. Le ramollissement du lobe antérieur est jaunâtre à l'extérieur, blanc plus profondément et il occupe toute l'épaisseur du lobe qui est converti en une véritable bouillie. Le corps strié et la moitié antérieure de la couche optique sont le siége d'un ramollissement de couleur de rouille; la surface ventriculaire du corps strié est étroite, aplatie, froncée. Peu de sérosité dans les ventricules; rien de remarquable dans l'hémisphère droit, si ce n'est un piqueté assez prononcé du centre ovale. Le cervelet et le bulbe rachidien sont à l'état normal.

Les poumons et le cœur ne présentent rien à noter.

Cette observation, moins simple que les précédentes, nous présente deux ordres d'altérations qu'il est facile, je pense, de rattacher les unes aux accidents éloignés, les autres aux symptômes qui ont précédé la mort. Deux attaques de paralysie avaient eu lieu à six mois de distance l'une de l'autre, caracté-

risées toutes deux par une hémiplégie qui s'était dissipée ensuite en partie. Pour les expliquer, on a rencontré un ramollissement blanc, étendu, du lobe antérieur de l'hémisphère opposé à la paralysie, et un ramollissement du corps strié et de la couche optique, dont la coloration brune, due sans doute à la présence du sang, me paraît faire une altération bien distincte de la précédente. Pourquoi une lésion aussi étendue ne produisait-elle que des symptômes légers, c'est ce que je n'ai pas à rechercher ici, et c'est un fait que l'on observe assez souvent, tout extraordinaire qu'il paraisse. Mais ce qui me paraît important à établir, c'est que les accidents qui se sont passés sous nos yeux sont dus à l'altération certainement récente que présentaient les circonvolutions voisines du ramollissement chronique. Je sais bien qu'il est des cas où, à la suite de symptômes de ce genre, on n'a trouvé autre chose qu'un ramollissement chronique comme ce dernier, et dont l'apparence et des prodromes plus ou moins prononcés attestaient ordinairement, comme dans notre observation, l'origine éloignée. Mais quand même il y aurait une modification inconnue de l'organe cérébral, capable de donner lieu à une perturbation de ses fonctions analogue à celle que nous avons observée, je ne crois pas qu'il soit permis de refuser à une altération aussi évidente la part que je lui attribue dans la production des symptômes qui ont coïncidé avec elle. Je puis d'autant moins l'admettre, que je n'ai vu nulle part qu'une semblable altération se soit montrée sans symptômes, ce qui est du reste d'accord avec sa nature essentiellement aiguë.

OBS. V. *Perte subite et incomplète de connaissance; hémiplégie droite avec contracture le premier jour, puis simple résolution; plus tard raideur du bras gauche. Mort au bout de cinquante-quatre heures. Rougeur et ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche, avec adhérences de la pie-mère et tuméfaction à peine prononcée.*

Thérèse Perchereau, âgée de 77 ans, ne portait aucune trace d'affection cérébrale. Sa santé était généralement bonne, elle ne se

plaignait pas de la tête, son intelligence était bien conservée ; elle s'occupait habituellement à filer, et marchait sans l'aide d'une canne. Le 13 octobre 1838, elle allait sortir, lorsque tout à coup elle tomba sans connaissance ; je la vis une heure après ; elle était dans l'état suivant :

Demi-coma, pâleur, face hébétée ; les paupières, entr'ouvertes, ne se referment pas quand on en approche le doigt ; la narine droite est affaissée, la bouche un peu déviée à gauche ; la face est tout à fait paralysée à droite. Le bras droit est fléchi sur la poitrine, dans un état de contracture assez forte ; on n'en obtient aucun mouvement, même en le pinçant fortement, bien que la sensibilité soit à peu près conservée, comme l'indiquent alors les mouvements du bras gauche et les contractions du *côté gauche* de la face. La jambe droite est moins raide et un peu mobile. Du côté gauche, les mouvements paraissent assez libres, bien qu'il y ait un peu de raideur. La malade paraît entendre ; elle tourne la tête et les yeux du côté de la voix qui frappe son oreille, et essaie même quelques réponses inarticulées. Les mâchoires, fortement contractées, ne laissent pas voir la langue, et permettent à peine d'introduire quelques cuillerées de tisane qui sont avalées sans beaucoup de difficulté. Le pouls est petit, régulier, à 74 ; la respiration normale, la peau froide ; il n'y a pas eu de vomissement au début (12 sangsues au cou ; huile de ricin ℥ j).

Le soir, le bras droit était dans un état de résolution complète ; la raideur n'y reparut pas.

14. Quelques légers signes de connaissance, l'assoupisssement n'est pas très profond. Quelques selles ; émission involontaire des urines. Le pouls est un peu plus fréquent et plus développé qu'hier ; la peau chaude, sans sécheresse. Du reste, même état qu'hier soir.

(Looch avec Kermès gr. vj. Vesic. au devant du sternum.)

Le soir, coma profond, même résolution du bras droit ; beaucoup de raideur à gauche ; sensibilité conservée partout.

15. Il y a toujours de la raideur à gauche. La respiration est un peu râlante, d'une fréquence normale.

De temps en temps la bouche se remplit de mucosités spumeuses qui ne sont rejetées qu'avec peine, et qui rendent la suffocation imminente ; alors la malade porte la main gauche à la bouche, et essaie d'en arracher ce qui s'oppose au passage de l'air ; cependant à peine si la face se colore dans ces instants. Le pouls conserve encore un peu de force. Mort à deux heures après midi.

Autopsie, 20 heures après la mort.

Une quantité assez considérable de sang liquide s'échappe des sinus de la dure-mère; l'arachnoïde contient à peine quelques gouttes de sérosité; la pie-mère n'en est aucunement infiltrée, mais fortement injectée de sang; les vaisseaux sont également distendus des deux côtés. Elle adhère à presque toutes les circonvolutions et anfractuosités de l'hémisphère gauche par de petits filaments nombreux; dans beaucoup de points, elle enlève presque toute l'épaisseur de la substance corticale. La surface des circonvolutions paraît inégale, comme tomenteuse, par suite de ses adhérences avec la pie-mère; elles présentent çà et là de petites plaques d'un rouge assez vif, qui pénètre jusqu'à la substance blanche; ce sont surtout ces points dont la pie-mère a emporté des lambeaux. Quelques circonvolutions paraissent un peu plus volumineuses que celles du côté opposé. La substance corticale est rose dans toute son épaisseur, très légèrement ramollie à sa surface; un filet d'eau projeté sur une coupe des circonvolutions, en détache les bords en forme de franges. Presque toutes les anfractuosités de la convexité présentent une coloration framboisée, avec un ramollissement assez prononcé. La substance blanche est un peu injectée, d'une consistance normale; le corps strié et la couche optique en particulier sont tout à fait sains. Rien à noter dans l'autre hémisphère. Quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules. Le cervelet, la moelle allongée et la moelle spinale sont à l'état normal.

Poumons engoués. Un peu d'hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur.

Nous voyons manquer presque complétement dans cette observation un phénomène que nous avions constamment rencontré jusqu'ici et auquel nous avions cru devoir attribuer quelque importance dans la production des symptômes; je veux parler de la tuméfaction des circonvolutions. Nous voyons en même temps que Perchereau a conservé pendant les deux premiers jours un certain degré de connaissance et qu'elle a présenté des phénomènes de contracture bien prononcés et qui ne s'étaient pas encore montrés à nous à ce degré. Faut-il chercher un rapport entre ces deux circonstances, et attribuer ce faible reste d'intelligence et la manifestation de la contracture à ce que le cerveau étant moins comprimé que lorsque ses circonvolutions étaient tuméfiées, ses fonctions n'ont pas été frap-

pées d'un engourdissement aussi complet? Je me contenterai de l'indication de ce fait, sans insister sur une explication dont la valeur est difficile à apprécier. Il faut remarquer encore cette paralysie complète du bras droit, dont rien, à l'autopsie, n'a donné la raison particulière.

Obs. VI. *Symptômes d'une affection cérébrale chronique. Quelque temps avant la mort, assoupissement, quelques mouvements convulsifs à droite; raideur des doigts, puis coma profond, résolution générale. Ramollissement chronique de l'hémisphère gauche, injection vive de la pie-mère à gauche, avec circonvolutions volumineuses, mollasses, aplaties* (1).

John Muridge, âgé de 28 ans, entra à l'hôpital de la Clinique, présentant un état d'affaiblissement de l'intelligence, des sens et des mouvements en général, et une hémiplégie droite incomplète. Depuis deux ans, il était sujet aux maux de tête, aux étourdissements, aux pertes de connaissance. Dans les derniers temps de la vie, il survint de l'assoupissement qui augmenta graduellement, des mouvements convulsifs du côté droit de la face et du corps, de la raideur dans les doigts de ce côté; puis le coma devint plus profond, le pouls petit, très fréquent, la peau se couvrit de sueur, l'immobilité devint absolue, et il mourut.

La dure-mère enlevée, on remarqua une grande différence dans la vascularité des deux hémisphères; la pie-mère qui recouvrait le gauche présentait une injection rouge magnifique, à sa partie postérieure surtout, et sans épanchement. Cet hémisphère paraissait aussi beaucoup plus volumineux que le droit, les circonvolutions étaient molles et aplaties.

Dans la substance médullaire des lobes antérieur et postérieur, on voyait deux ramollissements étendus, très prononcés, légèrement grisâtres, avec un peu de pointillé rouge. En dedans du ramollissement antérieur, il y avait un peu d'induration; le postérieur s'étendait jusqu'aux circonvolutions où les deux substances se confondaient. L'hémisphère droit présentait son aspect naturel, avec un peu de sérosité au dessous de l'arachnoïde.

L'auteur de cette observation remarque que l'état de la pie-mère annonçait un état inflammatoire récent, et que les symptômes de

(1) Bright, *Medical reports*. Vol. 2, part. 1, p. 185. Case 83. Th.

compression qui se sont montrés à la fin de la vie étaient parfaitement en rapport avec l'applatissement des circonvolutions. Nous voyons ici, comme dans l'observation IVe, une affection aiguë entée sur une affection chronique, et s'en distinguant aussi facilement, et par sa physionomie anatomique et par ses symptômes. Du reste, elle a suivi, dans ce cas, une marche un peu différente de celle que nous avons déjà observée; les accidents n'ont pas eu le même caractère d'instantanéité dans leur début; ainsi le coma s'est montré peu à peu; ainsi il y a eu, et ceci est important à noter, des mouvements convulsifs. On verra, en effet, un peu plus loin, comment nous comprenons que l'invasion brusque de la maladie s'oppose au développement des phénomènes d'irritation, qui paraîtraient devoir lui appartenir, et comment, lorsqu'elle survient graduellement, elle s'accompagne du cortége plus ou moins complet des symptômes qui en revèlent ouvertement la nature.

§ II. Dans les observations que je viens de rapporter, il ne me paraît possible de se rendre compte de la relation qui existe entre les symptômes et l'altération anatomique, que de deux manières : ou le ramollissement des circonvolutions a débuté instantanément comme les accidents, ou il s'est développé secondairement et n'est plus la lésion essentielle; et dans cette dernière hypothèse, quelle est la cause des phénomènes primitifs qui se sont montrés au début?

Ce serait peut-être ici le lieu de discuter la question de la possibilité du début subit du ramollissement cérébral, question résolue négativement, ou au moins d'une façon douteuse par beaucoup de médecins, et que cependant MM. Cruveilhier, Andral (1), Rostan (2) paraissent regarder comme démontrée. Je pourrais faire remarquer, avec M. Rostan lui-même, que ces sortes de ramollissements ne se montrent guère sans prodrômes, et que sans aucun doute il y avait commencement d'altération,

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. V. p. 413.
(2) Rostan. *Loc. cit.* p. 153.

dès le moment où les premiers signes se sont montrés. Je pourrais citer des cas où, chez des sujets morts par d'autres organes que le cerveau, on a trouvé des ramollissements étendus de l'encéphale, sans qu'aucun symptôme en eût pu faire présager l'existence, et demander si, chez eux, une simple congestion n'eût pu donner lieu à des accidents aussi graves que subits, et que l'on eût faussement attribués au début instantané du ramollissement. Mais je ne veux pas m'engager ici dans une discussion longue et difficile, sur une question qui, malgré les autorités que j'ai citées plus haut, me paraît pouvoir être difficilement résolue, au moins dans l'état actuel de la science, par l'affirmative ou la négative. S'il est difficile, en effet, d'admettre la production instantanée de ces désorganisations profondes, qui semblent porter l'empreinte d'un travail lent et progressif (1), cependant il ne sera permis de nier positivement le mode de formation qu'on leur attribue, que lorsqu'on se sera rendu compte, d'une manière satisfaisante, de cette instantanéité, dans la production

(1) Les observations de M. Durand-Fardel ont été toutes prises à la Salpêtrière. Or, on sait combien il est difficile, dans cet hospice, d'avoir des renseignements précis sur les antécédents des malades qui sont transportées à l'infirmerie, et surtout de celles qui sont affectées de ramollissement cérébral. C'est là ce qui a jeté jusqu'à présent quelque doute sur l'invasion subite de cette affection signalée par quelques observateurs. M. Durand-Fardel a été forcé, comme on le voit dans ses observations, de se contenter de renseignements fort incertains, et l'histoire positive de ses malades ne commence guère qu'au moment où elles ont été prises d'accidents apoplectiformes. En sorte que les objections qu'on a faites aux observations qui ont précédé les siennes conservent toute leur force. On a dit, en effet : « Les symptômes de la première période du ramollissement sont légers, difficiles à observer, il faut pour les constater une attention particulière ; puis viennent souvent, avec rapidité, des symptômes plus graves et plus évidents ; qui nous dit que ce ne sont pas seulement ceux de la deuxième période qui ont été observés ? Cette objection n'est pas, et ne pouvait pas être détruite par la plupart des observations prises dans les circonstances où se trouvaient les malades de M. Durand-Fardel ; mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas là la partie la plus importante de la question. Les observations intéressantes de l'auteur de ce mémoire auront ajouté beaucoup, nous n'en doutons pas, à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique de cette maladie encore imparfaitement connue : le ramollissement cérébral. N. des R.

de laquelle je suis porté à croire que l'on peut faire jouer à la congestion cérébrale un rôle important. Si je ne me trompe, on néglige trop, dans l'étude de la pathologie des centres nerveux, la congestion, dont les traits légers et la nature fugace rendent l'appréciation douteuse et l'observation difficile, mais dans laquelle on peut trouver une raison simple et logique des phénomènes à l'occasion desquels on se livre à bien d'autres hypothèses moins solides encore et moins satisfaisantes.

Je vais maintenant me livrer à l'analyse des observations que j'ai rapportées.

Tout le monde conviendra que les altérations que j'ai décrites sont précisément celles qui caractérisent l'inflammation du cerveau; rougeur, tuméfaction, ramollissement, adhérences des membranes : tels sont les éléments anatomiques qui se présentent à nous.

Nous avons vu la rougeur surtout prononcée dans la substance corticale qui présente une foule de nuances, depuis un rose tendre jusqu'à une rougeur framboisée. Des plaques amaranthe ou noirâtres, auxquelles M. Cruveilhier donne le nom d'apoplexie capillaire, et qui ne sont probablement autre chose que le résultat de la rupture de petits vaisseaux, témoignent de la force avec laquelle le sang s'est porté à la périphérie du cerveau (1). Une légère teinte jaune, répandue sur quelques circonvolutions, et analogue à celle qui environne la plupart des épanchements qui se font à la surface et à l'intérieur du cerveau, annonce encore un tissu gorgé de sang. Cette rougeur, ordinairement limitée à la substance corticale, se montre aussi plus ou moins prononcée dans la substance médullaire, où l'on rencontre alors parfois ces bandes rosées si fréquentes dans les cerveaux des aliénés et surtout des épileptiques.

La tuméfaction des circonvolutions est un phénomène remar-

---

(1) Quelquefois la congestion sanguine est assez forte pour briser quelques vaisseaux capillaires, et alors le sang est infiltré dans la substance cérébrale, où il peut même former de petites ecchymoses, des espèces de *foyers apoplectiques* partiels. (Bouillaud. *Traité de l'encéphalite*, p. 230.)

quable, qu'il ne faut pas confondre avec l'hypertrophie du cerveau, et qui indique un afflux considérable des liquides vers la partie qui en est le siége. M. le professeur Bouillaud, qui paraît l'avoir souvent observé, compare cet état à la fluxion sanguine qui caractérise l'érection : « C'est un phénomène digne de remarque, dit-il, que la facilité avec laquelle se gonfle et s'érige en quelque sorte la pulpe cérébrale, sous l'influence d'une vive irritation (1). » « Dans les inflammations aiguës du cerveau, dit le professeur Lallemand, il existe une fluxion qui produit une turgescence plus ou moins considérable, et par suite une compression des parties non enflammées, et des symptômes généraux, tels que le coma, la perte de connaissance..... (2) » Cette turgescence, que nous avons montrée à un si haut degré dans les observations précédentes, est donc, presque certainement, un phénomène d'encéphalite, d'autant plus qu'elle ne s'est jamais rencontrée, que je sache, ailleurs que dans l'encéphalite (3) : aussi j'y attache beaucoup d'importance, non seulement parce qu'à elle seule elle paraît démontrer la nature inflammatoire de la maladie, mais encore parce qu'elle nous donne, comme nous le verrons tout à l'heure, l'explication d'une partie des phénomènes que nous avons observés pendant la vie.

Quant au ramollissement, son étude attentive me paraît aussi devoir singulièrement aider à la solution de la question. On prétend que ce ramollissement est primitif, c'est à dire sans doute qu'il est toute la maladie, la cause des symptômes et le point de départ des autres altérations. Mais si l'on fait attention que dans les cas que j'ai cités, aussi bien que dans tous ceux de ce genre que j'ai pu observer, ou dont j'ai lu la description, ce ramollissement est à peine prononcé, superficiel, consistant

(1) Bouillaud. *Dict. de méd. et de chir. prat.* T. 7, art. *Encéphalite.*

(2) Lallemand. *Recherches sur l'enc....* Let. troisième, p. 437.

(3) L'on rencontre bien quelquefois de la tuméfaction dans l'apoplexie capillaire; mais alors elle est tout à fait circonscrite, peu prononcée, et elle tient uniquement à la place qu'occupe le sang épanché entre les molécules du tissu cérébral. C'est la tuméfaction de l'ecchymose, tandis que celle que j'ai décrite est celle de l'érysipèle.

dans une simple diminution de cohésion, et n'ayant aucun rapport avec cette désorganisation qui constitue le ramollissement de cerveau proprement dit. Si l'on remarque qu'un filet d'eau pénètre à peine le tissu ramolli, sans jamais en entraîner de fragments; si l'on se rappelle que nous avons vu le corps strié détaché de la coque qui le renferme, et ses fibres blanches disséquées par un filet d'eau, sans que son tissu propre en fût lui-même altéré (Obs. III); on sera convaincu que le ramollissement que j'ai décrit est une altération tout à fait secondaire, et que l'aspect qu'il présente et son peu d'intensité ne permettent pas de le regarder comme l'élément principal, comme le point de départ de la maladie. J'insiste sur ce fait qui me paraît d'une haute importance : si un ramollissement est primitif, s'il est capable de donner lieu par lui-même aux accidents si graves que j'ai décrits, ce ramollissement doit être très prononcé, il doit y avoir désorganisation du tissu cérébral. Mais comme dans tous les cas que j'ai cités, dans tous ceux de ce genre que je connais, il n'en est point ainsi, je crois pouvoir affirmer que ce ramollissement s'est développé secondairement.

Nous avons vu que la pie-mère adhérait toujours aux circonvolutions ramollies, et que ces adhérences étaient parfaitement limitées aux points malades. Personne ne contestera à cette altération sa nature inflammatoire, qui vient confirmer le caractère que j'ai cru devoir assigner à la maladie dont elle est un des éléments. Dans une seule observation, où les adhérences de la pie-mère ne paraissaient pas plus marquées sur l'hémisphère malade que de l'autre côté (Obs. III), nous avons déjà vu que le ramollissement était à peine prononcé, et que cette circonstance servait encore à démontrer la liaison que nous croyons exister entre le ramollissement et les adhérences des circonvolutions, c'est à dire entre les deux éléments *inflammatoires* de la maladie. La pie-mère a toujours présenté une injection plus ou moins vive, générale, ou limitée au côté malade (1).

(1) Je crois que lorsque la pie-mère présente de la rougeur, bien qu'elle

Excepté dans l'observation deuxième, elle ne contenait pas de sérosité, la turgescence de la superficie du cerveau ne laissant pas à ce liquide assez de place pour s'épancher au dessous de l'arachnoïde. Probablement dans le cas où nous avons rencontré de la sérosité, elle existait depuis long-temps. Le cerveau. dont les circonvolutions, quoique tuméfiées, n'atteignaient pas la voûte du crâne, était sans doute lui-même dans cet état de retrait, d'atrophie générale, si ordinaire chez les vieillards. (Le sujet de cette observation avait 79 ans.)

Il me semble que l'étude de ces diverses altérations anatomiques démontre évidemment la nature inflammatoire de la maladie qu'elles représentent, et cette démonstration me paraît d'autant plus certaine, qu'elle est basée sur la simple observation et non pas sur une interprétation plus ou moins hasardée de faits qu'il serait possible d'envisager sous plusieurs points de vue. L'anatomie pathologique, en effet, à cet avantage, qu'elle imprime à quelques uns de ses résultats un caractère de certitude que l'on chercherait vainement ailleurs. Si elle prête souvent à l'erreur, c'est lorsqu'il s'agit de ces lésions fugitives que l'on ne suit souvent qu'avec les yeux de l'imagination, ou de ces altérations anciennes, dont la physionomie première totalement changée ne peut être que soupçonnée. Mais s'il est question d'une altération récente, bien tranchée, facile à observer, et dont tous les éléments s'harmonisent assez pour que la liaison qui les unit ne puisse échapper à l'œil, alors on peut, je pense, s'attacher avec quelque assurance aux résultats que donne son étude, et l'on doit partir de l'altération anatomique pour expliquer les symptômes, plutôt que de chercher dans ces derniers la clef des lésions qui paraissent les avoir produits.

(La fin au numéro suivant.)

---

soit comprimée soit par un épanchement dans les ventricules ou dans le cerveau, soit par une augmentation de volume de ce dernier, on peut affirmer en général qu'elle est le siége d'une congestion active; car dans l'hypertrophie du cerveau, dans les épanchements chroniques considérables des ventricules, les vaisseaux pressés entre les circonvolutions et la voûte du crâne sont presque toujours à peu près vides de sang.

Observations sur quelques-uns des phénomènes cadavériques qu'on peut confondre avec des lésions accidentelles antérieures a la mort;

Par le docteur **Ollivier** (d'Angers), *membre de l'Académie royale de médecine, etc.*

Dans l'examen des altérations si variées dont l'étude de l'anatomie pathologique apprend à connaître la nature, il en est plusieurs pour lesquelles il importe de tenir particulièrement compte du genre de mort, du temps écoulé depuis qu'elle a eu lieu, des conditions dans lesquelles le cadavre a pu se trouver depuis la mort, et de l'état plus ou moins avancé de la putréfaction.

Il faut surtout bien apprécier l'influence de ces diverses circonstances quand il s'agit de constater la valeur pathologique de certains ramollissements, des congestions sanguines, de l'injection et de la coloration des différents tissus. Quelle que soit l'expérience que donne l'habitude des recherches cadavériques, personne ne contestera qu'il est assez souvent difficile de bien distinguer, dans les divers états morbides que je viens de citer, ce qui est l'effet et des phénomènes vitaux seulement, et des phénomènes cadavériques.

Cette distinction est d'une haute gravité par les conséquences qu'elle peut entraîner dans certains cas où un médecin est appelé à éclairer la justice sur la véritable cause du décès d'un individu. C'est là qu'il faut apporter l'attention la plus scrupuleuse dans l'observation des lésions que peut offrir le cadavre. Chaussier avait vu dans plusieurs circonstances de ce genre des méprises graves commises par des experts; aussi, dans un mémoire rempli de faits pratiques pleins d'in-

térêt (1), il s'est attaché à bien faire ressortir les caractères qui différencient certaines altérations cadavériques de plusieurs lésions pathologiques dont elles n'ont que l'apparence. Billard, dans ses recherches si remarquables sur la membrane muqueuse gastro-intestinale (2), a beaucoup contribué à éclairer cette question importante en déterminant d'une manière précise les caractères anatomiques propres aux différents aspects que l'estomac et l'intestin peuvent présenter dans l'état sain et dans l'état morbide. On doit à M. Carswel des observations intéressantes (3) qui ont également trait au sujet qui nous occupe. M. Andral (4) a étudié les congestions sanguines et les colorations diverses qui peuvent en résulter sous le double point de vue du mécanisme de leur formation et des caractères qui distinguent celles qui sont consécutives à la mort. M. Orfila (5), dans son *Traité des exhumations juridiques*, a consacré un chapitre à l'appréciation des diverses modifications d'aspect et de densité que la putréfaction apporte dans les tissus, et qui pourraient être confondues avec des altérations pathologiques.

J'ai consigné dans les *Archives générales de médecine* (6) des observations propres à faire reconnaître sur le cadavre, quand déjà un temps assez long s'est écoulé depuis la mort,

---

(1) *Considérations médico-légales sur l'ecchymose, la sugillation, la contusion, la meurtrissure. Voyez* Recueil de mémoires, consultations et rapports sur divers sujets de médecine légale. Paris, 1824, in-8, fig., pag. 385 et suiv.

(2) *De la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire, ou Recherches d'anatomie pathologique sur les divers aspects sains et morbides que peuvent présenter l'estomac et les intestins.* Paris, 1825, in-8.

(3) *Recherches sur la dissolution chimique, ou Digestion des parois de l'estomac après la mort, suivies de réflexions sur le ramollissement, l'érosion et la perforation de cet organe chez l'homme et les animaux.* Archives gén. de méd., t. XXII, pag. 266 et 269, an 1830.

(4) *Précis d'anatomie pathologique*, t. I, pag. 51 et suiv., art. III et art. IV.

(5) T. II, page 216, chap. VI.

(6) *Considérations médico-légales sur certaines productions résultant de la décomposition des cadavres, et qui peuvent, dans quelques cas,*

certaines altérations organiques dont les effets rapidement funestes ont plus d'une fois fait naître des soupçons de mort violente. Enfin, à l'article CADAVRE du *Dictionnaire de médecine* (1), j'ai résumé les faits d'après lesquels on peut distinguer les différents phénomènes cadavériques qu'une observation inattentive pourrait faire considérer comme des traces de lésions opérées pendant la vie.

C'est tout à la fois pour prouver par un nouvel exemple combien une juste appréciation de ces phénomènes peut être importante, et pour indiquer quelques caractères différentiels qu'on n'a pas encore signalés, que j'ai cru devoir publier la consultation médico-légale qu'on va lire, et qui est relative à des faits sur lesquels je fus appelé, avec M. Devergie, à donner un avis motivé.

Consultation médico-légale. — En conséquence de la commission rogatoire de M. le juge d'instruction ***, de laquelle il résulte : que le nommé *** serait inculpé d'avoir assassiné sa femme ; qu'un sac saisi à son domicile le 21 mai dernier aurait pu lui servir à transporter le cadavre et pourrait être taché par le sang qui se serait écoulé de la blessure que la femme *** avait à la tête ; attendu qu'il est important de rechercher si ce sac est taché de sang ; attendu qu'il paraîtrait que la femme *** est disparue de son domicile dans la nuit du 10 au 11 mai 1838, et que son corps fut retrouvé au bout de huit jours dans la rivière de ***, à ***, village éloigné d'environ deux myriamètres, par eau, du domicile de ladite femme ; que l'ouverture du cadavre a été pratiquée immédiatement, et que du rapport du médecin qui a fait cette opération il semblerait résulter que la mort devrait être attribuée à des violences qui auraient précédé la submersion ; que le rapport ayant paru incomplet, une nouvelle autopsie a été prati-

---

aider à découvrir la cause de la mort. Archiv. gén. de méd., t. XXVII, pag. 467 et suiv., an 1831.

(1) T. VI, pag. 138 et suiv. — 2ᵉ édit.

quée le 28 dudit mois de mai, et que cette opération a donné lieu à deux nouveaux rapports ; que des conclusions de ces différents rapports il paraîtrait résulter quelque doute sur la cause de la mort ;

Nous soussignés, docteurs en médecine de la faculté de Paris, etc., avons été commis par ordonnance de M. Berthelin, juge d'instruction près le tribunal civil de première instance de la Seine, en date du 31 juillet dernier, à l'effet : 1° de donner notre avis sur les faits énoncés dans les trois rapports relatifs à l'ouverture du cadavre de la femme ***, et *de nous expliquer particulièrement sur la question de savoir s'il est impossible, dans les circonstances données, que la mort puisse être attribuée à une asphyxie par submersion* (à ces rapports est joint un flacon rempli d'alcool et contenant une portion des téguments du crâne de ladite femme *** et sur laquelle est une plaie contuse) ; 2° *de déterminer par l'analyse chimique si les taches existant sur le sac saisi sont des taches de sang.*

Je me bornerai à dire ici que l'analyse chimique des taches qui existaient sur ce sac nous démontra qu'aucune d'elles n'était produite par du sang.

*Examen des rapports relatifs à l'autopsie de la femme B***.*

Huit jours s'étaient écoulés, comme on l'a vu, depuis que la femme *** était disparue de son domicile, lorsqu'on retrouva son cadavre dans la rivière de ***, à deux myriamètres par eau du domicile de cette femme.

Premier rapport.—Dans son procès-verbal de l'ouverture du cadavre, pratiquée le 18 mai, M. le docteur Z*** signale, entre autres particularités, les suivantes que nous extrayons textuellement du rapport :

« Face fortement bouffie avec ecchymoses au front, à la racine
» du nez, au menton, à l'occiput et aux deux tempes. — Tête
» considérablement augmentée de volume. — Bouche entr'ou-
» verte. — Bout de la langue entre les dents. — Ecume san-

» guinolente sortant par la bouche et par le nez. — Yeux sail-
» lants, mais recouverts par les paupières. — Tuméfaction des
» deux régions mastoïdiennes, qui rendent le cou plus volumi-
» neux que la base de la tête. — Cou ecchymosé en forme cir-
» culaire de deux cordons très rapprochés, assez distincts. —
» Sur le reste de la surface du cou, ecchymoses d'une couleur
» assez foncée, surtout au milieu des deux muscles sterno-ma-
» stoïdiens, et pénétrant toute l'épaisseur de leurs fibres char-
» nues. — Les deux bras légèrement ecchymosés dans la
» région deltoïdienne. — Les deux mains, à leur surface ex-
» terne, présentaient les ecchymoses les plus frappantes.

» Plaie contuse de quatorze lignes de longueur, à la partie
» supérieure de la tête. Le sang qui s'en écoulait avait taché,
» dans le point correspondant, le bonnet qui enveloppait la tête. »
(Il n'est pas dit si ce bonnet était déchiré ou non dans une partie voisine de la blessure de la tête. Le rapport ne contient d'ailleurs aucun renseignement sur l'état des vêtements qui recouvraient le cadavre.)

» Quelques vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang.—
» Arachnoïde presque opaque par plaques. — Pas d'injection
» de la substance du cerveau et du cervelet. — Pas de luxa-
» tion des vertèbres cervicales.

» Membrane muqueuse de la trachée-artère plus rouge
» que dans l'état ordinaire. — Pas de traces de liquide écu-
» meux dans ce conduit (les poumons n'ont pas été exa-
» minés). — Les deux cavités du cœur étaient remplies de
» sang.

» Diaphragme refoulé en haut par le développement des gaz
» qui distendent l'abdomen. — Foie de couleur grisâtre. —
» Vésicule remplie de calculs biliaires. — Vessie urinaire
» vide. — Utérus dans l'état normal. »

De l'ensemble de ces divers phénomèmes, M. le docteur conclut : que les ecchymoses de la tête, du cou, des mains, éloignent l'idée du suicide, et ne peuvent être expliquées par le fait seul de la chute dans l'eau; qu'il n'y a pas de signes assez con-

cluants pour établir que la mort a été le résultat de la submersion, et qu'on pourrait plutôt admettre qu'elle a été déterminée par suffocation ou strangulation.

DEUXIÈME RAPPORT. — Dans un nouvel examen du cadavre, fait à la date du 28 mai (dix jours après l'inhumation) par MM. les docteurs **, **, **, « l'ecchymose de la racine du nez » put encore être constatée; mais celles des muscles sterno- » mastoïdiens et de la face externe des mains n'étaient plus » appréciables. — La langue n'avait pas de teinte violacée. » — Le lobe supérieur du poumon droit avait un aspect » rouge-noirâtre : il n'offrait rien que de très naturel dans le » reste de son étendue : il était crépitant. — Les rameaux » bronchiques ne contenaient aucune espèce de mucus. — Le » poumon gauche, soumis au même examen, n'a présenté qu'une » crépitation naturelle. — Pas de traces de mucus écumeux » dans les ramifications bronchiques. — L'estomac contenait » des aliments non encore digérés, qu'on a reconnus être un » mélange de pain et d'oseille. » (Il n'est pas dit s'ils étaient mêlés avec une certaine quantité d'eau.) « La colonne verté- » brale mise à découvert offrit un fait à signaler, disent en ter- » minant MM. les experts, c'est la mobilité extrême de l'arti- » culation axoïdo-atloïdienne, sans luxation. Les surfaces ar- » ticulaires laissent entre elles une distance peu ordinaire. Le » ligament antérieur était dans toute son intégrité. La moelle » épinière rougeâtre. »

A la suite de ce second examen, l'opinion de MM. les experts, sur la cause de la mort de la femme *** est formulée d'une manière plus explicite : « Vu l'état dans lequel nous » avons trouvé les poumons, disent-ils, nous nions que la mort » ait pu avoir lieu par l'asphyxie produite par immersion. » Quant à la plaie du crâne, MM. les experts ne pensent pas qu'elle ait pu causer une mort instantanée : relativement à l'ecchymose de la racine du nez, elle a été faite avant la mort.

TROISIÈME RAPPORT. — Enfin, dans un rapport supplémentaire, M. le docteur X*** dit « qu'une grande quantité de sang li-

» quide était épanchée dans la poitrine, qu'il n'y avait pas » d'épanchement sanguin sous la peau du crâne, là où existait » la plaie contuse. » Examinant et discutant les faits qu'il a observés avec ses collègues, M. X*** se trouve conduit à modifier le sens trop absolu avec lequel il s'est exprimé dans le précédent rapport, et il se résume en disant « qu'il ne peut pas » affirmer qu'il n'y ait pas eu mort par asphyxie ».

Nous ajouterons aux faits qui précèdent, qu'un examen attentif de la portion de téguments du crâne qui est jointe aux pièces nous a fait constater qu'il existe autour de la plaie contuse, laquelle n'intéresse qu'une partie de l'épaisseur du derme, trois taches violacées qui nous paraissent être autant d'ecchymoses non décrites par MM. les experts. En incisant la peau dans chacun de ces points, nous avons reconnu que cette coloration circonscrite, bornée à la surface du derme dans deux d'entre elles, s'étend à la moitié de l'épaisseur de la peau dans la troisième. L'analogie complète qui existait entre plusieurs portions de peau ecchymosée que j'ai conservées depuis quelque temps dans l'alcool, et celle qui nous a été soumise, nous autorise à penser que ces trois taches violacées sont le résultat de trois contusions : elles occupent, dans cette portion des téguments du crâne, la partie la plus rapprochée du front.

A droite et en arrière de la plaie contuse, nous avons remarqué des traces violacées, semblables aux taches précédentes, mais beaucoup plus superficielles : l'une d'elles est longitudinale : l'autre, de deux à trois lignes d'étendue en tous sens, avoisine l'angle gauche et postérieur de cette portion des téguments (en désignant le siége de ces diverses contusions, nous nous représentons cette portion de la peau du crâne dans sa position naturelle).

Tels sont les faits et conclusions sur lesquels on demande notre opinion. Les uns et les autres peuvent se résumer dans les trois questions suivantes :

1° La mort de la femme *** peut-elle être attribuée aux violences dont les traces ont été observées sur le cadavre?

2° Parmi ces traces de violences en existe-t-il qui indiquent que la mort ait été le résultat de la strangulation?

3° D'après les faits constatés à l'ouverture du cadavre est-il impossible que la mort soit due à l'asphyxie par submersion?

A. *La mort de la femme *** peut-elle être attribuée aux violences dont les traces ont été observées sur le cadavre?*

Pour répondre à cette première question, cherchons à bien établir quelles sont véritablement les traces de violences que présentait le cadavre de la femme ***. En première ligne, nous citerons la plaie de tête qui est peu profonde, et qui offre tous les caractères de celles qui résultent soit d'une chute contre un corps dur, soit d'un coup porté avec un instrument contondant. En second lieu, l'ecchymose très circonscrite située à la racine du nez, et sur l'existence de laquelle MM. les experts sont unanimes. Enfin, les cinq taches violacées que nous avons signalées, nous paraissent aussi autant de traces de contusions.

Mais était-ce bien de véritables ecchymoses que M. le docteur Z*** dit avoir observées au menton, aux tempes, au cou, dans l'épaisseur des muscles sterno-mastoïdiens, dans la région deltoïdienne des deux bras, à la face externe des deux mains? Rappelons d'abord que la submersion datait de 8 jours quand le corps fut retiré de l'eau le 18 mai dernier; qu'à cette époque la putréfaction avait déjà fait de notables progrès, que l'abdomen était énormément distendu par des gaz, fait par suite duquel le cadavre devait surnager de telle sorte que la face, le cou et la partie supérieure de la poitrine se trouvaient incomplétement submergés, et conséquemment exposés au contact de l'air depuis quelque temps (1).

Cette situation du corps ne pouvait que hâter la putréfaction

(1) Depuis l'envoi de ce rapport, j'ai recueilli de nouveaux renseignements qui confirment pleinement cette opinion, et qui viennent à l'appui de l'interprétation que nous avions donnée aux faits particuliers qui présentaient ici l'apparence d'une extrême gravité. Ainsi, ce fut dans la soirée que le cadavre de la femme*** fut retrouvé, et le juge de paix, pensant qu'il fallait remettre l'autopsie au lendemain, fit amarrer le corps au

de ses parties supérieures; aussi, lorsque le cadavre fut retiré de la rivière, « la face était fortement bouffie, la tête considé- » rablement augmentée de volume, les yeux saillants, le cou et » les régions mastoïdiennes très tuméfiées (rapport de M. Z***) ». Tous ces signes sont effectivement ceux qu'on observe quand la décomposition putride est avancée. Or, il existe en même temps, avec les gaz qui soulèvent la peau, devenue verdâtre ou brunâtre, une infiltration séro-sanguinolente qui imbibe les tissus, s'accumule dans les parties déclives, et qui est ordinairement d'une teinte plus foncée dans le voisinage des troncs veineux, sans doute par suite d'une transsudation du sang devenu diffluent.

C'est à ce phénomène purement cadavérique qu'il faut attribuer, suivant nous, les colorations que M. le docteur Z*** a considérées comme autant d'ecchymoses : c'est, en effet, dans la région occipitale et dans les *deux régions temporales* qu'il les a remarquées ; ainsi s'expliquent également celles qui occupaient toute l'épaisseur des *deux muscles sterno-mastoïdiens* à leur partie moyenne, et qui correspondaient conséquemment aux veines jugulaires; telle était aussi l'origine des ecchymoses « *si frap-* » *pantes des deux mains, et celles des deux bras dans leur* » *région deltoïdienne* ». Ce qui confirme notre opinion, c'est, d'une part, l'uniformité complète que ces prétendues ecchymoses présentaient dans leur situation, à droite et à gauche, dans les régions indiquées; d'une autre part, c'est que toutes ces ecchymoses n'existaient plus quand on procéda à un nouvel examen du cadavre, dix jours après l'inhumation, tandis que celle de la racine du nez était encore parfaitement visible, et put être bien constatée par MM. les experts, malgré ses petites dimensions.

---

bord de la rivière avec une corde, en sorte qu'il resta toute la nuit plongé dans l'eau *seulement en partie.*

On comprend toute l'influence que cette exposition prolongée à l'air a dû exercer sur les progrès de la putréfaction déjà existante dans un cadavre submergé depuis huit jours; de là, l'intensité plus grande des colorations partielles qui simulaient des ecchymoses.

« La putréfaction avait fait disparaître les autres ecchymoses, disent MM. les experts, dans leur second rapport. » Mais celle de la racine du nez aurait dû cesser aussi d'être apparente, et d'autant plus promptement qu'elle avait son siége dans une région qui avait été envahie la première par la décomposition putride. Cette remarque s'applique également aux traces que nous avons signalées sur la portion des téguments du crâne que nous avons examinée : elles n'ont point non plus été effacées par la putréfaction. Cette différence provient de ce que dans la véritable ecchymose le sang est incorporé en quelque sorte avec le tissu qu'il a pénétré pendant la vie, tandis que l'infiltration séro-sanguinolente qui simule les ecchymoses est toute mécanique, et cesse d'exister dès que quelques incisions pratiquées à la peau ont donné issue au liquide infiltré. Les recherches faites lors de la première autopsie expliquent ainsi très bien comment les traces signalées ont pu disparaître complétement (1).

Il résulte de cet examen que les traces de violence qui existaient à la surface du corps de la femme *** consistaient en *une plaie contuse, cinq contusions légères à la tête et une contusion peu étendue sur la racine du nez.*

D'après la situation de ces diverses blessures, il est possible que toutes soient la conséquence de coups directement portés sur la tête ; et, à cet égard, il eût été important de constater si le bonnet qui recouvrait la tête offrait ou non des déchirures. Toutefois, il ne serait pas impossible que la plaie de la partie supérieure de la tête ait été causée par un choc violent de la tête contre une pierre ou tout autre corps anguleux, au mo-

(1) Un assez grand nombre d'expériences comparatives, que j'ai faites à ce sujet, m'ont démontré que l'immersion prolongée de différents tissus ecchymosés dans l'alcool ne fait point disparaître le sang qui les a pénétrés pendant la vie : le derme, par exemple, présente une couleur violacée, lie de vin, qui persiste presque indéfiniment. Au contraire, l'infiltration sanguinolente, qui n'est qu'un effet d'imbibition cadavérique, se dissipe assez promptement, et ne laisse pas de coloration particulière dans le tissu infiltré. La macération dans l'eau fournit également, dans les deux cas, des caractères distinctifs très tranchés et analogues à ceux que je viens d'indiquer.

ment de la chute dans l'eau, si « l'on n'a remarqué aucune trace d'épanchement sanguin au dessous de cette blessure » (*rapport supplémentaire de M. le docteur X****); on conçoit, en effet, qu'il a pu en être ainsi si une commotion cérébrale a eu lieu par suite d'un choc violent de la tête au moment même de l'immersion. L'asphyxie par submersion devient alors assez rapidement mortelle pour que les effets consécutifs de la contusion (l'ecchymose) ne se manifestent pas d'une manière très marquée. La multiplicité des autres ecchymoses exclut l'idée qu'elles aient été produites par la chute du corps dans l'eau.

De tout ce qui précède, nous concluons qu'il n'est pas probable, d'après le peu de gravité des lésions signalées, que la mort de la femme *** ait été la conséquence des violences dont on a retrouvé les traces sur le cadavre; mais ces traces indiquent que des coups répétés ont été portés sur la tête de cette femme peu de temps avant sa mort.

B. *Parmi les traces des violences existant sur le cadavre, en est-il qui indiquent que la mort a été le résultat de la strangulation ?*

Les remarques qui précèdent ont déjà fait pressentir en partie notre réponse à cette seconde question : il n'est pas douteux pour nous que l'*ecchymose en forme circulaire de deux cordons très rapprochés, assez distincts* (rapport de M. le docteur Z***), n'était autre chose qu'une teinte plus foncée de la peau dans le sillon ou pli tout naturel qui résulte de la flexion de la tête sur le cou, et qui était ici d'autant plus profond que les parties molles étaient gonflées, tuméfiées par des gaz; et d'ailleurs, si cette *ecchymose en forme circulaire* eût été produite par la constriction d'un lien antérieurement placé sur le cou, on aurait dû en voir la trace se prolonger latéralement et en arrière, et rien de semblable n'a été observé. D'après la description, d'ailleurs très insuffisante, qu'en donne M. le docteur Z***, il paraît que cette ecchymose était bornée, à droite et à gauche, aux muscles sterno-mastoïdiens : ce qui prouve que cette coloration dépendait unique-

ment de la dépresssion naturelle que détermine la flexion de la tête.

Si nous ajoutons à ces observations que dans la mort par suspension, l'existence d'ecchymoses dans le trajet du lien est un fait exceptionnel par sa rareté, ne serons-nous pas autorisés davantage encore à douter qu'une pareille cause ait produit ici le phénomène dont nous examinons la valeur?

L'écartement des lèvres résultait sans doute de leur renversement en dehors qui existe constamment chez les noyés avec la tuméfaction emphysémateuse des parties molles de la face, et qui est un effet évident de cette tuméfaction. *La saillie du bout de la langue entre les dents, celle des yeux qui étaient recouverts par les paupières, la tuméfaction des régions mastoïdiennes qui rendait le cou plus volumineux que la tête, et les ecchymoses de couleur assez foncée qui existaient à la surface du cou,* sont également autant de phénomènes produits par la putréfaction, et rien, dans les détails de l'autopsie, n'autorise à les attribuer à un étranglement du cou pendant la vie.

La *mobilité de l'articulation atloïdo-axoïdienne,* signalée par MM. les experts, l'*écartement peu ordinaire que laissaient entre elles les surfaces articulaires*, ne nous présentent en aucune manière le degré d'importance que MM. les experts ont paru y attacher. On sait que cette articulation est naturellement très mobile, ce qu'exigeait l'étendue de ses mouvements. Quant à l'*écartement peu ordinaire* qui existait entre les surfaces articulaires, il eût été nécessaire qu'on en appréciât l'étendue avec précision au lieu de l'indiquer en termes trop vagues pour qu'on puisse juger si réellement cet écartement était beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Toutefois, il n'avait pas entraîné de rupture dans les ligaments de l'articulation, ils étaient tous intacts ; il n'y avait pas de sang infiltré autour des premières vertèbres, du moins il n'en est aucunement question ; et nous répétons que nous ne voyons dans le fait qui a paru éveiller l'attention de MM. les

experts, rien qui dénote qu'une violence quelconque ait été exercée sur le cou. L'absence de toute conclusion sur ce point de la part de MM. les experts est d'autant plus digne de remarque, que leur silence vient démentir en quelque sorte les inductions qu'ils paraissaient disposés à tirer de leur observation. Quelques unes des remarques précédentes ont été indiquées par M. X*** dans son rapport supplémentaire, et il convient qu'il ne peut pas admettre qu'il y ait eu strangulation.

Notre réponse à la seconde question se déduit d'elle-même des considérations que nous venons de présenter : il n'existait pas de traces de violences indiquant que la mort de la femme *** ait été le résultat de la strangulation.

C. *D'après les faits constatés à l'ouverture du cadavre, est-il impossible que la mort de la femme *** soit due à l'asphyxie par submersion?*

M. le docteur Z***, « n'ayant pas trouvé de liquide écumeux » dans la trachée-artère, et voyant les deux cavités du cœur » pleines de sang », conclut dans son rapport, sans examiner aucunement les poumons, « qu'il n'y a pas de signes assez con- » vaincants pour faire constater la mort par immersion ». — Dans le second rapport, qui complète les détails omis dans la première autopsie, MM. les experts relatent les faits suivants : « Le lobe supérieur du poumon gauche d'un rouge noirâtre ; » dans le reste de son étendue, cet organe est crépitant, et » son tissu n'offrait rien que de très naturel. — Les rameaux » bronchiques ne contenaient pas de mucus. — Le poumon » gauche n'a présenté qu'une crépitation naturelle. Malgré » toutes nos recherches, ajoutent MM. les experts, nous n'a- » vons point trouvé l'existence de ce mucus lobuleux et ténu, » facile à reconnaître dans l'asphyxie par immersion pendant » la vie. »

C'est à la suite de cet examen qu'on lit la conclusion suivante : « Vu l'état dans lequel nous avons trouvé les poumons, » nous nions que la mort ait pu avoir lieu par l'asphyxie pro- » duite par immersion. »

Ainsi, le principal argument sur lequel s'appuient MM. les experts pour repousser même la possibilité de l'asphyxie par submersion, c'est l'absence complète d'écume dans les voies aériennes. Mais ils oublient « qu'*une écume sanguinolente sortait par la bouche et le nez* » au moment où le corps fut retiré de l'eau, et ce phénomène est déjà à nos yeux une présomption en faveur du genre de mort nié par MM. les experts. En effet, à mesure que la putréfaction fait des progrès, que des gaz distendent de plus en plus l'abdomen, le diaphragme est refoulé vers la poitrine, les poumons sont comprimés graduellement; d'une autre part, des gaz se développent aussi dans les voies aériennes, de telle sorte que l'eau plus ou moins écumeuse qu'il pouvait y avoir dans les poumons est expulsée insensiblement des ramifications bronchiques vers les bronches, la trachée-artère, le larynx, et sort enfin par la bouche et le nez sous forme de mousse blanchâtre ou sanguinolente. Or, le cadavre de la femme *** se trouvait dans les conditions que nous indiquons pour que ce résultat ait eu lieu, quand le corps fut retiré de l'eau. Il n'est donc pas étonnant qu'on n'ait pas retrouvé d'écume dans les voies aériennes, quoique la mort ait pu être causée par la submersion.

M. le docteur X*** a donc eu raison de penser (*rapport supplémentaire*) que l'absence complète de liquide écumeux dans les bronches ne suffisait pas pour faire rejeter d'une manière absolue la possibilité de l'asphyxie par submersion, puisque ce phénomène, qui est un des caractères de la submersion pendant la vie, devient généralement de moins en moins apparent, comme nous venons de le dire, et finit par manquer complétement à mesure qu'on s'éloigne davantage de l'époque de la submersion.

MM. les experts puisent un autre argument contre la possibilité de ce genre de mort dans l'état des poumons qui *n'ont offert qu'une crépitation naturelle, et pas de congestion.* Mais la crépitation est-elle bien un état *naturel* du tissu pulmonaire? ne peut-elle pas avoir été la conséquence d'un emphysème produit par les efforts convulsifs de la respiration pendant la sub-

mersion? N'était-elle pas le résultat d'une infiltration gazeuse résultant de la décomposition putride du corps?

Ces poumons n'étaient le siége d'aucune congestion, disent MM. les experts. Mais « la membrane muqueuse de la trachée-» artère était plus rouge que dans l'état ordinaire (*Rapport* » *de M. Z****); le lobe supérieur du poumon gauche était » d'un rouge noirâtre (*Deuxième rapport*), et il existait » une grande quantité de sang liquide dans la poitrine (*Rap-* » *port supplémentaire de M. X****) ». La transsudation cadavérique ne peut-elle pas avoir fait disparaître la majeure partie des liquides qui étaient infiltrés dans le tissu des poumons? Les gaz qui ont pu se développer dans ces organes pendant les dix jours qui ont suivi la première inhumation, l'affaissement et la dépression des poumons depuis qu'ils avaient été mis à découvert dans la première autopsie sans qu'on eût pratiqué d'incisions dans leur épaisseur, ne peuvent-ils pas avoir fait refluer le sang que contenaient leurs vaisseaux dans les gros troncs vasculaires qui s'abouchent au cœur, et le liquide n'a-t-il pas pu s'épancher ainsi ultérieurement dans la cavité de la poitrine? Si une partie de la *grande quantité de sang liquide* trouvé dans la poitrine provenait du cœur, qui fut ouvert dans la première autopsie, une partie de ce liquide pouvait donc aussi résulter de la transsudation cadavérique dont nous venons de parler, et de ce reflux du sang qui se trouvait dans les vaisseaux pulmonaires. Il existait donc dans le cadavre de la femme *** des traces qui autorisent à penser qu'il peut y avoir eu chez elle congestion pulmonaire avant la mort.

« Les deux cavités du cœur étaient remplies de sang, » tandis qu'on trouve ordinairement celle du côté droit seu-» lement dans cet état, dans l'asphyxie par immersion (*Premier* » *rapport*). » Mais il peut arriver qu'une syncope survienne au moment même de la chute du corps dans l'eau, et à l'autopsie on trouve tout à la fois les phénomènes de la mort par syncope et ceux de l'asphyxie. Ce fait aurait donc pu se présenter ici, et il expliquerait tout à la fois pourquoi il n'y avait

pas d'ecchymose au dessous de la plaie des téguments du crâne, en rendant ainsi probable l'opinion que cette plaie a été le résultat du choc de la tête contre un corps anguleux au moment de la chute dans l'eau, et pourquoi on n'a pas trouvé d'eau dans l'estomac, si toutefois l'on doit interpréter ainsi le silence de MM. les experts sur ce point.

De l'examen des faits et de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous concluons : Qu'*il n'est point impossible que la mort de la femme ***, dans les circonstances données, ait été le résultat de l'asphyxie par submersion.* Nous croyons même devoir ajouter qu'il résulte de tout ce qui précède des présomptions en faveur de cette opinion.

Paris, le 26 août 1838.

Ce rapport fit abandonner l'accusation qui pesait sur le mari de la femme ***. D'après les faits énoncés dans la première enquête, il avait été arrêté et détenu sous la prévention d'assassinat.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET PRINCIPALEMENT SUR LA DÉTERMINATION DE SES CARACTÈRES ANATOMIQUES ESSENTIELS ;

(2e article.)

Par M. VALLEIX, *médecin du bureau central des hôpitaux.*

Nous avons, dans le précédent article, passé en revue les faits de quelque valeur présentés comme prouvant que l'affection typhoïde peut exister sans lésions spéciales de l'intestin, et nous avons montré que deux d'entr'eux seulement pouvaient soutenir l'examen. Puis, nous avons exposé les raisons qui portent à croire que dans ces deux cas le diagnostic avait été erronné. Nous avons maintenant à suivre sur un autre terrain les médecins qui regardent comme non constante et non caractéristique l'altération des follicules de Peyer dans l'affec-

tion qui nous occupe. Il n'en est pas un seul qui, après avoir cherché à faire valoir les faits que nous avons déjà cités, n'ait terminé par invoquer ce qui se passe en Angleterre, et n'ait appelé en témoignage les auteurs qui ont observé la fièvre continue, ou le *typhus fever*. Il s'agit donc d'examiner les principaux travaux publiés sur ce sujet.

Nous trouvons dans le *journal hebdomadaire de médecine* (1) des documents, fournis par le professeur Alison, sur la fièvre épidémique d'Angleterre. Pour quiconque lit cet article sans idée préconçue, il est évident que la confusion la plus grande régnait dans l'esprit du professeur d'Edimbourg lorsqu'il a décrit cette fièvre épidémique. On ne trouve dans ce qu'il en en dit ni ordre, ni méthode, ni description exacte, en sorte que son travail perd presque toute sa valeur et nous réduit, pour ainsi dire, à de simples conjectures. On voit d'abord (p. 607) que l'auteur a rencontré des cas dans lesquels la fièvre était compliquée de quelque affection dangereuse du thorax ou de l'abdomen. Il était, ce nous semble, important de s'appesantir sur la description de ces complications; de prouver qu'elles étaient réellement des complications; qu'elles n'étaient pas au contraire des inflammations primitives qui avaient produit les symptômes fébriles, au lieu de se trouver sous leur dépendance. M. Alison se borne à signaler quelques altérations du poumon; des ulcérations de l'intestin dans quelques cas; d'autres lésions chez d'autres sujets, sans indiquer avec précision l'époque de l'apparition des symptômes correspondants à cette lésion, leur nature, leur intensité, et sans comparer, sous le rapport de la marche et de la forme de la maladie, les cas dans lesquels les ulcérations existaient avec ceux où il n'y en avait pas. Quelles conclusions tirer de faits exposés ainsi ?

Qu'est-ce d'ailleurs que la description suivante? « La mort » survient dans des circonstances très différentes à la suite de » la fièvre. Quelques malades meurent dans un état de coma,

(1) 1838, tome I, p. 605 et suiv.

» un petit nombre *peu de temps* après le début de la maladie, » en conservant presque jusqu'à la fin un pouls ferme, et après » que tout espoir de guérison est évanoui; *d'autres meurent* » *comme dans un état apoplectique. Plusieurs succombent* » *évidemment asphyxiés; la respiration est la première* » *fonction atteinte*; et le pouls ne s'affaisse qu'après que la » dyspnée très forte et la lividité générale démontrent que le » sang n'est plus assez artérialisé pour entretenir la vie. J'ai vu » quelques malades chez lesquels la mort commençait aussi » clairement par les poumons que dans la pneumonie ou l'hy- » dro-thorax; d'autres, sans perte de la sensibilité et sans au- » cune affection matérielle de la respiration, s'affaiblissaient » rapidement aussitôt après l'apparition des symptômes, ou » bien ils étaient épuisés un peu plus lentement par le travail » morbide, et chez eux la mort paraissait survenir plutôt par » simple asthénie que par l'effet du coma ou de l'asphyxie. » Dans ces cas, tantôt on n'observa aucune lésion locale de » quelque importance; tantôt la mort parut due à la complica- » tion de la fièvre avec une lésion de l'abdomen, manifestée » par les vomissements, la douleur, la sensibilité, la diarrhée » ou le melœna. »

Le lecteur se demandera sans doute comment on a pu voir dans cet amas de symptômes incohérents, nous ne disons pas une preuve, mais quelques probabilités de l'existence d'une fièvre typhoïde en pareil cas. Comment surtout a-t-on pu admettre cette existence lorsque les travaux les plus importants sur l'affection typhoïde avaient déjà été publiés? Quant à nous, nous ne craignons pas d'être contredits en avançant qu'on peut mourir dans *un état apoplectique* ou *d'asphyxie évidente*, sans que pour cela on doive être regardé comme atteint de fièvre typhoïde. Rien ne prouve mieux combien le défaut de critique est funeste dans les sciences, que la rapidité avec laquelle ces opinions du professeur Alison se sont répandues dans le public médical, et que le crédit qu'elles ont trouvé partout. Chacun a cité ces faits sans les examiner et sans se demander si l'existence de la fièvre typhoïde s'y trouvait mise hors de doute. Or, comme

on vient de le voir, une simple lecture suffit pour prouver le contraire.

Il est donc entièrement inutile d'insister sur l'examen du mémoire de M. Alison qui pèche par la base. Que nous importe que ce professeur n'ait pas trouvé de lésions intestinales dans des cas qui appartenaient probablement à toute autre affection qu'à celle dont nous nous occupons?

M. Dalmas a aussi rapporté les faits dont il prit connaissance dans son voyage en Angleterre pendant l'année 1827. Ayant visité Londres, Edimbourg et Dublin, il recueillit les opinions des médecins les plus recommandables; mais, dit il, ces opinions sont bien loin d'être identiques: dans chacune des trois capitales elles présentent des différences que M. Dalmas regarde comme tenant aux différences mêmes de la maladie et qu'il expose de la manière suivante (1):

« A Londres, où le dénûment est moins grand, la forme épidémique est moins marquée; le caractère contagieux n'est pas, il s'en faut de beaucoup, universellement reconnu; les symptômes ressemblent assez à ceux de la fièvre adynamique de Paris; et, relativement aux lésions, on s'accorde à en placer le principal siége dans l'abdomen; les follicules de la membrane muqueuse sont même signalés comme étant le plus souvent affectés; ces lésions ont été décrites par MM. les docteurs Hewett et Chambers, médecins de l'hôpital Saint-Georges, ainsi que par M. le docteur Bright, médecin de l'hôpital de Guy; je me contenterai de citer les paroles du dernier, qui est l'auteur le plus récent: « Mais cette injection se lie *le plus souvent* à l'inflammation des glandes muqueuses (follicules). Elles paraissent sous la forme de boutons varioliques arrivés au second et au troisième jour. Elles sont élevées, transparentes, couvertes de petits vaisseaux; quelquefois elles semblent dans un véritable état de suppuration, distendues par une matière caséeuse, puis elles se rompent par l'effet de cette distension, ou bien elles s'ulcèrent par l'exté-

(1) *Journ. hebd.*, 1838, tome I. page 601 et suivantes.

rieur. » Il en résulte, ainsi que d'autres renseignements qui m'ont été fournis, qu'à Londres, ce que les Anglais appellent la fièvre ressemble assez à la nôtre, et qu'on trouve presque aussi souvent les intestins malades.

» En Irlande, contrée bien autrement malheureuse, sur toute la surface de laquelle végète une population en proie au dénûment le plus absolu, la fièvre, car c'est toujours le nom qu'on emploie, se montre avec d'autres caractères. Existant constamment çà et là sur des points isolés, elle sévit par moments avec plus d'intensité, devient épidémique, et dans l'acuité de ses symptômes va quelquefois jusqu'à prendre l'apparence de ceux de la fièvre jaune. On me parla de plusieurs cas de ce genre lorsque j'arrivai à Dublin, mais je ne pus les voir, il était trop tard de quelques jours; l'épidémie décroissait rapidement, et déjà l'on évacuait les salles surnuméraires qu'il avait fallu élever dans les cours. Je vis cependant quelques autopsies, en trop petit nombre à la vérité pour en tirer des conclusions, mais je m'informai auprès des personnes les plus capables de savoir à quoi s'en tenir, je consultai la plupart des médecins qui sont à la tête des nombreux hôpitaux de cette grande ville, et leur opinion est à peu près uniforme en ceci, que la maladie consiste en un trouble fébrile accompagné de symptômes céphaliques chez l'un, thoraciques chez l'autre, abdominaux chez un troisième, avec cette circonstance que les symptômes abdominaux se montrent plus souvent que les autres; aussi l'ulcération des plaques de Peyer est-elle parfaitement connue à Dublin. Voici ce qu'en disent MM. les docteurs Graves et Stokes dans un compte-rendu des principaux faits observés à l'hôpital de Meath pendant l'année 1827; ils parlent de l'inflammation des glandes de Peyer : « Telle est, dans l'excellent ouvrage du docteur Billard, la description de cette altération. Nous pouvons répondre de son exactitude, ayant eu occasion de l'observer nombre de fois pendant la fièvre épidémique qui règne à présent. »

» Mais c'est à Edimbourg que la dissidence est la plus forte : là le caractère contagieux est admis presque sans restriction; les

symptômes abdominaux ne sont ni les plus communs ni les plus dangereux, et MM. les professeurs Duncan et Alison, ainsi que la plupart de leurs élèves, parmi lesquels je dois particulièrement citer mon jeune et savant ami, le docteur Henri de Manchester, m'ont affirmé que souvent les glandes de Peyer étaient aussi peu saillantes que dans l'état naturel. M. Alison a imprimé depuis, et avec plus de détails, ce qu'il me disait en 1827 ».

Que conclure de faits semblables? M. Dalmas n'a pas pu voir suffisamment les malades pour être sûr que le diagnostic a été bien porté; qu'il n'y a eu aucun symptôme étranger à la fièvre typhoïde; que les symptômes importants ont réellement existé; que la marche de la maladie surtout n'a différé en rien de celle qu'on observe dans l'affection typhoïde. A Londres et à Edimbourg, il n'obtient que des renseignements; à Dublin, il ne voit que des autopsies; est-ce assez pour tirer une conclusion rigoureuse? Si M. Dalmas avait pu suivre quelques malades, s'il avait recueilli les observations, et s'il les avait complétées par l'ouverture des corps, il faudrait se rendre : car sans doute un observateur aussi éclairé n'eût pas manqué de noter tous les traits de ressemblance entre eux des divers cas de *typhus fever* avec ou sans lésion intestinale. Mais nous avons déjà vu, par la manière dont le professeur Alison a traité la question, qu'il ne faut pas s'en fier trop légèrement à de simples renseignements. Nous verrons d'ailleurs, plus loin, que l'observation plus attentive des faits a modifié, à cet égard, les opinions des praticiens les plus distingués de l'Angleterre.

Jusqu'à présent, nous ne trouvons aucun motif de regarder comme des cas d'affection typhoïde ceux que les observateurs anglais ont cités comme des exemples de *typhus fever* sans lésion intestinale. Un médecin de Genève, M. Lombard, dans un voyage qu'il fit aussi en Angleterre, crut avoir vu la preuve irréfragable de ce qu'avait déjà signalé M. Dalmas. Une lettre adressée au docteur Graves (1), et traduite dans ce recueil

(1) *The Dublin journal*, n° 28.

même (1), nous fait connaître les faits qui l'ont le plus frappé.

M. Lombard après avoir déclaré que depuis dix ans qu'il étudiait la fièvre typhoïde avec le plus grand soin, et pendant lesquels il en avait vu un grand nombre de cas se terminer par la mort, il n'en avait pas rencontré un seul où le canal intestinal ne présentât pas la lésion spéciale, dit qu'il fut tellement frappé de la ressemblance qui existait entre les fièvres d'Angleterre et la fièvre typhoïde, qu'il s'attendait nécessairement à trouver la même lésion dans l'intestin d'un cadavre qu'il eut occasion d'ouvrir. « Son étonnement, dit-il, fut extrême de ne pouvoir découvrir la plus légère trace de cette altération morbide dans aucune partie des voies digestives, qui étaient parfaitement intactes, à l'exception d'un peu de rougeur et de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, état qui pouvait être un résultat d'inflammation, mais qui reconnaissait beaucoup plus vraisemblablement pour cause une congestion vasculaire, qui s'était produite pendant la dernière période de la maladie ou même pendant l'agonie. »

M. Lombard ne céda pas encore; les nombreux faits qu'il avait vus à Genève lui revinrent malgré lui à l'esprit, et il ne put faire autrement que de regarder le cas observé en Angleterre comme tout à fait exceptionnel. Mais à son arrivée à Dublin, il rencontra si fréquemment des cas semblables qu'il ne put s'empêcher de se rendre à l'opinion des médecins de Glasgow et de Dublin, qui l'assurèrent que les altérations morbides qu'il comptait trouver à l'autopsie ne se présentent que dans un tiers des cadavres qu'on examine.

On s'attend, après ce préambule, à trouver dans les faits que va rapporter M. Lombard une ressemblance parfaite avec les cas de fièvre typhoïde qu'il avait observés jusqu'alors. Or, voici le résumé des détails contenus dans sa lettre. « Les traits extérieurs de la maladie sont, dit-il, les mê-

(1) *Archiv. gén. de médecine;* deuxième série, tome 12; 1836, page 83 et suivantes.

mes. On retrouve la douleur de tête, la douleur lombaire, la prostration des forces, la peau chaude et brûlante, la même dépression des traits du visage, la langue chargée, desséchée et comme brûlée, et dans les dernières périodes de la maladie, la même tendance à la formation des ulcères aux parties sur lesquelles porte le poids du corps, ainsi qu'aux selles involontaires. » On ne peut nier, sans doute, qu'un grand nombre de ces symptômes ne se rencontrent dans l'affection typhoïde; mais suffisent-ils pour la caractériser? La douleur de tête, même au début, circonstance que M. Lombard aurait dû noter, se rencontre également dans les autres affections qui présentent un appareil fébrile intense. Mais ce qui est moins commun, ce sont les bourdonnements d'oreilles, la surdité, l'affaiblissement de la vue, les éblouissements, que M. Lombard ne mentionne pas. Quant à la douleur lombaire, les cas dans lesquels elle se montre d'une manière remarquable, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, ne sont pas à beaucoup près les plus fréquents. La prostration des forces est certainement digne de remarque; mais ce qui ne l'aurait pas moins été, c'eût été de rechercher s'il y avait plus ou moins fréquemment des soubresauts des tendons, des contractures musculaires; tous signes qui annoncent une grande perturbation du système nerveux. Remarquons, enfin, que M. Lombard n'a garde d'oublier la langue desséchée et comme brûlée, phénomène morbide qui préoccupe à un point extrême tous ceux qui n'ont pas étudié la valeur des symptômes à l'aide de l'analyse rigoureuse.

Mais ce qui est le plus à regretter dans le laconisme de cette description, c'est l'absence de tout renseignement sur la marche de la maladie. On sait pourtant que l'étude de cette marche est incomparablement plus importante dans l'affection typhoïde que dans toute autre. On peut même dire qu'elle est plus utile à bien connaître que les symptômes eux-mêmes; car, dans les cas douteux, c'est surtout elle qui sert à établir le diagnostic. Il y avait douleur de tête, mais à quelle époque? La prostration des forces était-elle notable dès le début et hors de toute pro-

portion avec la gravité des symptômes? Questions du plus haut intérêt, auxquelles nous désirerions trouver une réponse dans la lettre de M. Lombard.

En joignant aux signes que nous venons d'exposer les complications qui ont lieu du côté du poumon et de l'encéphale, on a, suivant M. Lombard, les signes communs aux deux maladies. Laissons-le nous faire connaître lui-même les différences. « Après avoir, ajoute-t-il, établi les signes communs, qu'il me soit permis de signaler les principales différences. D'abord, l'éruption papuleuse, *ou semblable à celle de la rougeole*, qui est constante dans la fièvre typhoïde du continent, mais qui n'acquiert jamais une grande étendue ni une grande importance, est, en Angleterre, beaucoup plus remarquable, tant sous le rapport de l'apparence que sous celui de la quantité; car j'ai vu des cas où cette éruption était aussi étendue que celle qui caractérise les maladies exanthématiques, et rappelait les pustules papuleuses qui couvrent la peau au début de l'éruption d'une petite-vérole confluente. Dans les cas graves, cette éruption est mêlée avec de véritables pétéchies, et dans les cas les plus dangereux avec des papules livides ou *vibices*, symptôme qui est excessivement rare sur le continent. »

Cette première différence, qui n'a pas dû paraître d'une importance majeure à M. Lombard, puisqu'il ne s'agit que de la plus ou moins grande intensité d'un symptôme, doit être néanmoins soigneusement notée par nous; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle nous servira, quand nous aurons passé en revue les faits observés en Amérique, à décider si dans ce que les Anglais appellent *typhus fever* ou *continued fever*, il n'y a pas deux maladies bien distinctes qui ont été confondues par M. Lombard et M. Dalmas, ainsi que par les médecins de la Grande-Bretagne.

Sous le rapport de l'âge, M. Lombard a trouvé encore une différence notable; c'est que des vieillards de soixante, de soixante-dix et même de quatre-vingt-dix ans, sont atteints de la maladie qu'il a précédemment décrite. Or, sur le continent,

on n'a pas vu de cas de fièvre typhoïde bien avéré après l'âge de cinquante-deux ans.

M. Lombard remarque ensuite que la diarrhée, dans la fièvre en question, est beaucoup moins fréquente en Angleterre qu'à Genève et à Paris. Il note enfin le caractère *puissamment* contagieux de la *fièvre typhoïde* en Angleterre.

On a lieu d'être surpris que M. Lombard n'ait pas joint à toutes ces différences l'absence de la somnolence, du délire, des épistaxis, des sudamina, s'il n'a observé aucun de ces symptômes; et s'il les a observés, on se demande comment, même dans une lettre, il a pu les passer sous silence.

Maintenant quelle conclusion tire-t-il des faits qu'il vient de rapporter? Se demande-t-il si des malades qui présentent dans les symptômes des différences notables, et des différences plus notables encore dans les lésions anatomiques, ne seraient pas atteints de deux affections distinctes? Non; il en conclut que la cause ou le point de départ des symptômes « n'est point dans un état morbide de la membrane muqueuse ou des glandes de Peyer; que la fièvre typhoïde est bien plutôt une maladie générale affectant toute l'économie, qu'une maladie dépendant d'une inflammation locale ou d'une altération quelconque de tissu ».

Quand même nous n'aurions pas des faits pour démontrer que ces conclusions ne sont pas rigoureuses, on ne pourrait certainement regarder les détails fournis par M. Lombard comme satisfaisants. On voit trop que ce n'est pas dans l'observation attentive qu'il a puisé sa conviction, et qu'il a accordé beaucoup trop de confiance aux renseignements qu'on lui a donnés.

Mais c'est trop longtemps nous arrêter à des opinions qui ne sont fondées que sur l'observation vague, superficielle, et sur des renseignements incertains. Il est temps de passer à l'étude de documents plus positifs, et, on peut le dire, plus scientifiques. Malheureusement, les auteurs anglais ne nous fournissent rien de précis sur cette importante question, et c'est aux médecins américains que nous sommes forcés de demander des éclair-

cissements. Aussi, après avoir comparé la fièvre typhoïde avec le typhus d'Amérique, aurions-nous encore à rechercher si cette affection est bien la même que celle qu'on observe en Angleterre. C'est ce que la connaissance des symptômes nous permettra de faire jusqu'à un certain point.

En 1836, il régna à Philadelphie une épidémie de typhus. M. le docteur Gerhard, déjà connu par des travaux importants et par l'exactitude de ses observations, profita de sa position de médecin de l'hôpital, pour étudier avec soin cette maladie. C'est à la description qu'il en a donnée dans un mémoire publié en 1837 (*American journal of the medical sciences*, n° 28, février, et n° 40, août 1837), que nous allons emprunter les détails suivants. Nous aurons surtout recours à la traduction qui en a été faite dans le journal *l'Expérience* (1). Nous trouverons, dans ce travail, non plus une appréciation superficielle des faits, et des notes prises en courant, mais le fruit d'une observation attentive et assidue.

M. Gerhard établit d'abord un fait bien important, c'est qu'il peut exister et qu'il existe en effet, concurremment dans le même pays, deux maladies qu'on peut parfaitement diagnostiquer, et dans lesquelles on peut prédire, du vivant du malade, les lésions qui seront trouvées après la mort ; ce sont la fièvre typhoïde et le typhus proprement dit. Ce fait est tellement hors de doute, que lors de l'épidémie qui a régné à Philadelphie, on a vu se développer chez quelques sujets, et comme maladie intercurrente, une fièvre typhoïde véritable, et que dans ces cas, malgré l'existence de l'épidémie, on n'a nullement erré dans le diagnostic, et l'on n'a pas confondu l'affection sporadique avec la maladie régnante. Or, comment pourrait-il en être ainsi, si ces deux maladies n'en étaient réellement qu'une seule, et si toute la différence consistait dans l'absence des lésions intestinales? A coup sûr, si M. Lombard avait pensé que l'on pouvait, pendant la vie, se dire positivement : d'après tels et

(1) 1838, n. 16 et 20.

tels symptômes, et d'après la marche de l'affection, nous devons nous attendre à trouver ici l'ulcération des plaques, et là leur parfaite intégrité, il n'aurait pas avancé que la maladie qu'il avait observée à Genève pouvait exister sans lésion intestinale; il se serait borné à dire qu'en Angleterre il existait, avec la fièvre typhoïde, une autre fièvre qui avait quelques points de ressemblance avec elle, mais qui au fond en différait essentiellement. C'est donc sans étonnement qu'on doit voir M. Gerhard non seulement regarder les deux affections comme distinctes, mais encore en indiquer avec soin le diagnostic différentiel.

Si, en effet, nous entrons dans les détails, nous trouvons, dans le typhus, au lieu des taches roses lenticulaires de la fièvre typhoïde, ces pétéchies violettes, sans saillie, laissant après la mort de petites suffusions sanguines, telles en un mot que M. Lombard les a signalées sous le nom de *vibices*. Les sudamina ne se rencontrent dans le typhus que chez un très petit nombre de sujets. Les épistaxis, qui sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde, ne sont même pas mentionnées par M. Gerhard. Si dans les deux maladies le délire existe aussi souvent, l'affaiblissement et la lenteur de l'intelligence se rencontrent néanmoins bien plus souvent et à un plus haut degré dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. Du côté de la poitrine, encore symptômes différents. Ce râle sibilant, si digne de remarque dans l'affection typhoïde, et qui existe dans une si grande étendue de la poitrine, ne se trouve pas dans le typhus; et les premiers symptômes pectoraux, dans cette dernière maladie, sont la matité en arrière, et la faiblesse de la respiration.

Mais la différence la plus grande, la plus capitale, entre les deux affections, c'est, dans l'une, l'absence complète de symptômes abdominaux, même dans les cas les plus graves; tandis que dans l'autre on en trouve de si frappants, même dans les cas les plus légers. Ainsi, dans le typhus, point de diarrhée, de douleurs de ventre, de gargouillements, de météorisme, de douleur dans la région de la rate. Tous les organes

contenus dans la cavité abdominale sont entièrement étrangers à l'affection d'ailleurs si générale. Or, comment concevoir que deux variétés d'une même maladie peuvent exister concurremment, sans que jamais les symptômes les plus constants de l'une se rencontrent dans l'autre, au moins à un faible degré?

Les mêmes différences existent d'ailleurs dans les lésions cadavériques. On connaît toutes celles qui se manifestent dans la fièvre typhoïde et qui en font une des maladies aiguës les plus formidables que nous connaissions en France. Dans le typhus, au contraire, et dans le typhus le plus intense, une grande liquidité du sang qui ne se prend pas en caillot, une injection passive des divers organes et une grande tendance à la putréfaction, telles sont les seules particularités anatomiques qui ont été observées. Dans l'intestin et dans les ganglions mésentériques, il y a non seulement absence complète de la lésion caractéristique des follicules agminés, mais absence *de toute espèce de lésion*, circonstance vraiment curieuse et qui donne à ce typhus une place tout à fait à part dans la classe des affections fébriles. L'intestin se trouvait, chez tous les malades observés par M. Gerhard, parfaitement intact ; il était blanc, sans injection, sans tuméfaction de la muqueuse dans aucun point ; cette membrane donnait des lambeaux de plusieurs lignes ; rien, en un mot, qui ne fût tout à fait normal. Tous ceux qui ont une idée précise de la fréquence des lésions intestinales dans les maladies fébriles, seront assurément frappés de ce fait, et l'on ne verra pas sans étonnement une affection dans le cours de laquelle existent une vive accélération du pouls, une forte chaleur de la peau, du délire, et enfin tout le cortége de l'état fébrile, ne présenter ni symptômes, ni lésions du tube intestinal; tandis que dans toutes les autres maladies, lorsque la fièvre est un peu considérable, la muqueuse de l'intestin est presque toujours la première atteinte par l'inflammation secondaire qui envahit tant d'autres organes. En faut-il davantage pour montrer que ce typhus est une maladie toute particulière, qui a ses caractères propres, et qu'un examen très superficiel pourrait seul faire confondre avec l'af-

fection typhoïde dont la physionomie est toute différente.

Nous pourrions étendre encore cette comparaison et trouver dans plusieurs autres lésions, ainsi que dans la marche de la maladie, de nouvelles preuves en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre, mais nous pensons qu'après tout ce qui précède, ce serait un soin inutile. Contentons-nous d'ajouter que, dans un mémoire inédit de M. le docteur Stille, interne de M. Gerhard à l'époque où l'épidémie envahit Philadelphie, mémoire qui a été lu à la Société médicale d'observation, et que nous avons sous les yeux, les deux maladies ont été comparées symptôme par symptôme, lésion par lésion; et que, sauf quelques phénomènes qui constituent le mouvement fébrile de toutes les phlegmasies, on peut être sûr de trouver dans l'une tout le contraire de ce qu'on a rencontré dans l'autre.

Voici, en outre, comment s'exprime sur le sujet qui nous occupe un autre observateur américain, qui, ayant dans ces dernières années fixé son attention sur la fièvre typhoïde, est juge compétent dans cette matière. C'est à une brochure récente de M. James Jackson (1) que nous empruntons le passage suivant : « L'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde est à présent, je pense, bien connu dans ce pays. Il n'en était pas de même en 1833, époque à laquelle je lui ai donné l'attention qu'il mérite. Depuis que je le connais, j'ai trouvé que la fièvre continue, qui nous est si bien connue dans cette ville, est la même que celle qui s'y trouve décrite. Les symptômes et les lésions anatomiques en sont exactement les mêmes. Ces lésions avaient déjà été découvertes auparavant, lorsque l'autopsie avait été faite convenablement. Depuis 1833, notre fièvre a été la même qu'auparavant, et *dans tous les cas* où l'autopsie a été faite, les altérations morbides se sont montrées les mêmes que celles qui ont été décrites par M. Louis. Dans les pays voisins, une semblable confirmation de l'identité de la maladie est sortie de différentes sources. Je citerai principalement ici, les cas obser-

(1) *A report founded on the cases of typhoid fever*, etc. Boston, 1838, page 8 et suivantes.

vés à Lowell et qui ont été rapportés par le docteur Bartlett, savant professeur d'anatomie pathologique de l'institut médical du Berkshire....

» Je reçus, en 1835, les observations recueillies par le docteur Gerhard de Philadelphie sur des cas qui ont été appelés fièvre rémittente bilieuse. Ces observations sont peu nombreuses; mais elles suffisent pour montrer clairement que cette maladie *diffère essentiellement* de notre fièvre continue. Depuis ce temps, le même auteur a fait plus encore pour la solution de la question. En 1837, il a décrit la maladie qu'il nomme typhus, et qui sous quelques rapports ressemble à notre fièvre, mais qui en diffère évidemment, et par ses symptômes, et par sa marche, et par ses caractères anatomiques.

» M. Lombard, médecin de Genève, visitant l'Angleterre et l'Irlande, a décrit la fièvre qu'il a vue surtout à Dublin, mais aussi à Londres, et il a montré qu'elle différait également de la fièvre typhoïde décrite par M. Louis (1). Il semblerait, réellement, que la maladie décrite par M Lombard est la même que celle qui a été observée à Philadelphie par le docteur Gerhard.

» Je n'ai pas l'intention de m'étendre davantage sur ce sujet; et il est peu important pour l'objet que je me propose de rechercher si d'autres ont fait des observations semblables ou différentes sur ce point. Il est évident qu'il y a au moins *deux espèces de fièvre continue*, tant en Europe que dans ce pays. »

Ce passage est remarquable sous plusieurs rapports. Il prouve d'abord que, dès que les recherches anatomo-pathologiques ont été faites avec soin et connaissance de cause en Amérique, l'altération des plaques de Peyer a été trouvée *constamment* dans ce pays comme en France; et, en second lieu, il fait voir que c'est avec raison que M. Gerhard a regardé le typhus qu'il a observé comme différent de la fièvre typhoïde,

(1) Les expressions dont se sert ici M. Jackson manquent de précision. Nous avons vu, en effet, que si M. Lombard avait réellement trouvé des différences entre la fièvre d'Irlande et celle de France, il était loin de les regarder comme fondamentales.

puisque partout où la contagion n'a pas pénétré, la première maladie ne se montre pas.

M. Jackson pense que la fièvre décrite par M. Gerhard est la même que celle qui règne endémiquement en Angleterre et surtout en Irlande. Il est difficile de se prononcer positivement sur ce point. Le défaut d'observations exactes de la part des auteurs anglais ne nous permet pas d'établir une comparaison rigoureuse: cependant, si on rapproche la description de M. Gerhard de courtes indications de symptômes donnés par M. Lombard, on trouve de nombreux points de ressemblance, en sorte que si elle n'est point entièrement inattaquable, cette manière de voir est au moins vraisemblable (1). Quoi qu'il en soit, s'il est démontré, comme nous le pensons, qu'à Philadelphie il a pu exister, en même temps, deux fièvres ayant quelques points de ressemblance, mais fondamentalement différentes, la possibilité de cette existence simultanée doit être aussi admise pour l'Angleterre. Au reste, si l'on en croit des praticiens d'un mérite généralement reconnu, ce que nous ne donnons ici que comme probable serait réel. Dans un voyage qu'ils ont fait récemment en France, MM.

(1) Les renseignements suivants que nous communique M. le docteur Johnston, de Philadelphie, viennent encore à l'appui de ce que nous avançons et changent presque les probabilités en certitude. On sait qu'un grand nombre d'Irlandais, chassés de leur pays par la misère, émigrent en Amérique; eh bien! c'est parmi des Irlandais récemment débarqués que M. Johnston a rencontré la maladie dans la ville de Philadelphie, en 1836. Il a même constaté que la maladie de quelques uns d'entre eux avait débuté dans le cours de la traversée. D'autres malades lui dirent que l'affection dont ils étaient atteints avait régné épidémiquement sur le vaisseau qui les avait apportés d'Irlande. Il paraît donc, d'après ces faits, que non seulement le typhus d'Amérique est la même maladie que le *typhus fever* d'Angleterre, mais encore que c'est ce dernier qui a été pour ainsi dire transplanté dans le Nouveau-Monde. Nous ne donnons certainement pas cette opinion comme un résultat de l'observation sévère; mais, réduits que nous sommes à interpréter des faits fort incomplets, nous cherchons à entrevoir la vérité.

A présent que l'attention des médecins est fixée sur cette question intéressante, nous avons le droit d'attendre des observateurs sa solution définitive. Quant au point le plus important de cette discussion, c'est à dire *la détermination des caractères anatomiques essentiels* de la fièvre typhoïde, il nous paraît suffisamment éclairci.

Christison et Tweedie ont affirmé, devant des médecins de nos hôpitaux, que la fièvre observée en Irlande par M. Lombard existait à Londres en même temps que la fièvre typhoïde, et qu'elles présentaient des caractères assez différents pour qu'on pût établir le diagnostic sur des bases solides.

Si nous jetons maintenant un regard en arrière, et si nous cherchons à apprécier la valeur des documents dont nous avons fait usage, nous voyons d'un côté des opinions recueillies en passant, des impressions de voyages, des observations tronquées : tantôt des malades vus un instant au milieu de leur maladie et sans autopsie confirmative ; tantôt, au contraire, des autopsies sans observation préalable, en un mot, tout ce qu'il y a de plus incertain et de plus hypothétique ; de l'autre côté, au contraire, nous avons des observations complètes, le traitement d'un grand nombre de malades par un médecin attentif, et une analyse détaillée des symptômes et des lésions. Est-il permis d'hésiter un seul instant? On nous reprochera peut-être de comparer des faits observés en Angleterre avec des faits recueillis en Amérique, et de les assimiler les uns aux autres. Nous conviendrons qu'il eût mieux valu présenter une série d'observations de typhus prises en Angleterre même ; mais où les trouver? Notre conclusion n'en a pas moins, ce nous semble, toutes les probabilités en sa faveur, car nous avons vu de part et d'autre des symptômes tout à fait semblables, et ce qui est plus important encore, nous avons signalé entre la fièvre typhoïde et le typhus d'Angleterre et d'Irlande des différences symptomatologiques qui expliquent suffisamment les différences anatomo-pathologiques.

Quelques lecteurs seront peut-être étonnés de ne pas nous entendre parler du typhus des camps, des prisons, des hôpitaux, du typhus tel qu'il a été décrit par Pringle, Hildenbrand, Pinel et tant d'autres, du typhus, enfin, qu'on a vu exercer ses ravages à Paris dans l'année 1814. Mais si nous portions la question sur ce terrain, elle se trouverait nécessairement changée ; car qu'aurions-nous d'abord à nous demander? C'est

évidemment si, dans ce typhus, on trouvait les mêmes lésions que dans la fièvre typhoïde, et s'il n'était autre chose que cette dernière maladie devenue épidémique et plus meurtrière. Or, nous verrions que l'absence de lésion intestinale caractéristique dans la fièvre des camps est une chose sur laquelle les opinions sont partagées. Si, en effet, on étudie attentivement, avec M. Gaultier de Claubry (1), la plupart des nombreuses relations qui nous ont été données, on voit que, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des lésions, il y a la plus grande ressemblance entre les deux affections, en sorte qu'on ne peut pas mettre le typhus observé dans les épidémies citées par cet auteur, sur la même ligne que le typhus d'Angleterre et d'Amérique. Mais, d'un autre côté, si l'on a égard aux faits qui ont été publiés par d'autres médecins, à ceux, par exemple, qui ont été recueillis dans les épidémies de Gibraltar et de Toulon, et que M. Rochoux a cités dans son mémoire sur la contagion des maladies épidémiques (*Journal hebdomad.* 1823, tome VII), on voit, au contraire, que les glandes de Peyer et de Brunner ne se sont pas montrées une seule fois malades; ce qui fait dire avec raison au savant auteur que nous citons, que « sous ce rapport, il existe une séparation infranchissable entre le typhus et la dothinentérite ». Cette espèce de typhus est-elle la même que celle qu'on observe en Angleterre? — Bornons-nous à ces indications sur un sujet aussi obscur.

Maintenant, que nous faut-il de plus pour regarder la lésion spéciale des follicules intestinaux comme tout à fait caractéristique de la fièvre typhoïde? Il faut, après avoir montré l'excessive rareté des faits qu'on peut opposer à cette manière de voir, et en avoir fait connaître le peu d'importance, rechercher rapidement si, de toutes les maladies *aiguës*, cette affection est la seule qui présente une semblable lésion. Or, c'est ce dont il est

(1) Voy. *Mémoires de l'Acad. royale de médecine*, tome septième, 1838, page 157. Mémoire en réponse à cette question : Faire connaître les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde. (Travail qui a été couronné.)

très facile de s'assurer en parcourant les observations des auteurs les plus connus.

M. Louis avait signalé, dans des cas rares, un développement insolite d'un petit nombre de plaques de Peyer et de follicules de Brunner; c'est principalement chez des sujets affectés de scarlatine qu'il avait rencontré ces faibles lésions. Dans un mémoire sur la scarlatine et la variole, Dance (1) fit connaître des faits semblables. Sur neuf observations de scarlatine, contenant les détails de l'ouverture des corps, il en est trois dans lesquelles on trouve la description de quelques plaques saillantes; dans un cas seulement, ces plaques étaient rouges et gonflées, et dans un autre il y avait un développement peu notable des follicules isolés. MM. Andral (2) et Bayer (3) ont eu occasion de faire des observations analogues. Telles sont les lésions qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec celles qui existent dans l'intestin des sujets qui ont succombé à une affection typhoïde, et cependant quelle différence! Dans les cas que je viens de citer jamais d'ulcérations, quoique parmi les sujets observés par Dance quelques-uns ne soient morts qu'après vingt jours de maladie (observations VI et VII); une seule fois, on trouve la rougeur jointe au gonflement, et, du reste, aucune autre des altérations qui caractérisent si bien les plaques dures ou molles de l'affection typhoïde. Ce que nous venons de dire relativement à la scarlatine s'applique parfaitement aux cas de variole recueillis par le même médecin, quoique, dans ces derniers, le gonflement des follicules fût plus constant et un peu plus considérable. Ce gonflement était, en effet, la seule lésion : l'auteur ne mentionne pas la moindre altération du tissu sous-muqueux, et cependant les sujets avaient succombé du dixième au onzième jour, époque à laquelle les follicules sont profondément altérés dans l'affection typhoïde.

Arrivé aux limites que nous nous étions tracées, nous croyons

(1) *Archiv. générales de med.*, t. 23, 1830.
(2) *Cliniq. médical.*, t. 1, page 509.
(3) *Traité des maladies de la peau*, deuxième édit., tom. 1., p. 210.

devoir terminer par les propositions suivantes, qui nous paraissent être l'expression exacte de l'état actuel de la science, et qui nous serviront de conclusions.

1° Les cas dans lesquels, les symptômes de la fièvre typhoïde s'étant presque tous montrés, on n'a pas trouvé de lésions intestinales caractéristiques, sont infiniment rares : parmi les faits bien connus, il n'en est que deux qui puissent être rangés dans cette catégorie.

2° On doit admettre, dans ces cas, une erreur de diagnostic occasionnée par les apparences les plus trompeuses.

3° Le typhus d'Angleterre et d'Amérique est une maladie différente de la fièvre typhoïde.

4° Dans les autres maladies aiguës l'altération spéciale des follicules intestinaux n'existe pas.

5° D'où il suit que cette altération, si bien décrite dans ces derniers temps, est le caractère anatomique essentiel de la fièvre typhoïde : car de toutes les maladies aiguës la fièvre typhoïde est la seule dans laquelle elle se montre et se montre *constamment*.

OBSERVATIONS RELATIVES A L'INCISION DU PÉRIOSTE ET A LA TRÉPANATION DES OS DANS CERTAINES INFLAMMATIONS PURULENTES QUI CONSTITUENT LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA NÉCROSE.

Par T. MORVEN SMITH, *M. Dr de Baltimore* (1).

Les auteurs qui ont écrit sur la nécrose ont presque généralement dirigé leur attention sur le résultat le plus commun de cette maladie, c'est à dire la mort de l'os, et n'ont point porté assez loin leurs investigations en ce qui concerne les premières

(1) Extrait de *l'American journ. of the med. sciences*, n. XLV, novembre 1838, p. 93.

périodes de l'affection et les moyens convenables pour l'arrêter à son début. Les écrits de Weidmann, de Boyer, de Bell, etc., sont tout à fait défectueux sous ce rapport. La mort de l'os n'est pas plus le résultat nécessaire de la maladie, que l'hydrocéphale la suite nécessaire de l'inflammation des membranes du cerveau. Le terme nécrose est sans doute non moins malheureux dans son application que celui d'hydrocéphale, et c'est en s'en tenant à sa stricte signification que les chirurgiens sont tombés dans une double erreur de pathologie et de pratique.

Les cas suivants sont destinés à éclaircir et justifier les vues pathologiques et le mode de traitement proposés, il y a quelques années, par feu mon père le professeur N. Smith (du collége d'Yale) dans ses mémoires chirurgicaux. Il regardait la maladie comme une simple inflammation de l'os, qui toutefois se terminait trop communément par la mortification de l'organe. Pensant que le dépôt de pus dans la cavité de l'os était la cause de sa mort, il crut pouvoir prévenir ce résultat fâcheux en perforant ou trépanant l'os dans les premières périodes. On verra par les cas suivants que ce plan de traitement fut adopté et qu'il réussit dans tous les cas; dans un cas même où le temps qui s'était écoulé depuis le début de la maladie ne permettait guère d'attendre un résultat aussi favorable.

Obs. I. Le 26 juillet 1835, je fus appelé pour voir le fils du capitaine Morley, âgé de 16 ans. Je trouvai le malade atteint d'une violente douleur à la jambe, surtout au voisinage du coude-pied. La partie inférieure de la jambe, le coude-pied, le pied lui-même étaient fort tuméfiés, le pouls était dur et rapide, la peau chaude, la langue blanche, le patient extrêmement agité. Le moindre mouvement imprimé à son lit lui arrache des cris. Cet enfant s'était toujours bien porté, lorsque trois jours auparavant il avait été pris de douleur dans le coude-pied après avoir travaillé pendant plusieurs heures exposé à un soleil chaud, et le coude-pied plongé dans une source d'eau froide.

Comme la soirée était déjà avancée, je couvris seulement la partie affectée de compresses imbibées d'un liquide évaporant; j'attendis au lendemain, et je décidai mon diagnostic d'après les particularités suivantes, savoir: l'âge du malade, son état antérieur de santé, la

cause apparente de l'affection, la soudaineté de l'attaque, le gonflement de la jambe, la rougeur et l'exquise sensibilité au plus léger contact, enfin la violence de la fièvre symptomatique. Je pensai d'après cet ensemble de circonstances avoir affaire à un commencement de nécrose.

Le 27 juillet, je visitai de bonne heure le malade : il avait passé une mauvaise nuit, tous les symptômes s'étaient aggravés, un opiat qu'il avait pris ne l'avait pas soulagé, non plus que la lotion évaporante. Je pensai alors à opérer suivant la méthode de mon père, c'est à dire à inciser les parties molles jusqu'à l'os et perforer l'os lui-même si je trouvais du pus sous le périoste. Je choisis le lieu de mon incision à deux pouces au dessus de la malléole interne à la partie interne du tibia, d'après deux raisons ; d'abord ce point semblait être le centre de l'inflammation, ensuite c'était celui où la pression causait les plus vives douleurs. J'y plongeai donc un scalpel jusqu'à l'os, et je trouvai le périoste soulevé et distendu par une grande quantité de pus placé au dessous de lui. Je dilatai alors la plaie en haut et en bas, aussi loin que le périoste me parut décollé ; de cette manière l'incision avait quatre pouces de longueur. Après avoir soigneusement enlevé le sang et le pus qui salissaient la plaie, je perforai l'os en deux endroits à un pouce de chaque extrémité de la blessure extérieure. Il s'écoula aussitôt une matière purulente de la cavité de l'os par les deux perforations. Au bout d'une heure le malade était entièrement soulagé et jouissait d'un sommeil paisible.

Le 28, le malade continue à aller bien ; pas de douleur, le pouls s'est ramolli ; la nuit a été tranquille ; il s'écoule du pus par la plaie.

Le 29, la nuit a été moins bonne, le pouls est redevenu dur ; douleur autour du genou et à la partie supérieure de la jambe, la plaie est enflammée, gonflement assez considérable de la partie supérieure de la jambe.

Le 30, la douleur du membre a beaucoup augmenté, ainsi que le gonflement de la partie supérieure de la jambe ; il y a un point extrêmement sensible à deux ou trois pouces au dessous du genou à la partie interne du tibia (*on the flat of the tibia*) ; la plaie inférieure paraît enflammée. Je fus dès lors convaincu qu'à la partie supérieure du tibia existait le même état de chose que celui que j'avais rencontré à sa partie inférieure. Désireux de rendre quelque autre médecin témoin du résultat de l'opération, j'engageai mon ami le docteur Humphreys de Southwick à y assister, et dans l'après-midi je fis sur la partie supérieure du tibia ce que j'avais exécuté sur la partie

inférieure, et j'obtins absolument les mêmes effets. Le docteur Humphreys se trouva extrêmement satisfait de ce résultat.

Le 31, le malade ne souffre nullement, la plaie inférieure a un meilleur aspect; le pouls est mou; la nuit a été bonne.

Le 1er août, le mieux continue, les plaies ont bon aspect, l'écoulement purulent est modéré.

Le 3. Etat tout à fait satisfaisant, le malade a bon appétit, il dort bien.

J'ai eu la satisfaction de voir mon malade guéri sans aucun fâcheux symptôme, sans aucune exfoliation de l'os.

Obs. II. Le 16 octobre 1836, je fus appelé pour voir un malade du docteur Iven de Suffield, à dix milles de ma demeure. Le malade, âgé d'environ 15 ans, était affecté de violentes douleurs dans un des membres inférieurs, et d'une fièvre symptomatique intense; le pouls était dur, rapide, la langue blanche, la peau chaude et la soif ardente.

A l'examen, je trouvai la jambe très tuméfiée entre le genou et le coude-pied; il en était de même du pied. C'était le cinquième jour de la maladie qui avait débuté d'une manière très soudaine. La jambe était dure et ne cédait nullement au toucher; au contraire le pied était œdémateux par suite de l'interruption de la circulation dans les parties supérieures. A la face interne du tibia, presque à égale distance de l'articulation tibio-tarsienne et du genou, il y avait une tache plus sensible au toucher que tous les autres points de la jambe. Ce fut là que je me déterminai à découvrir l'os. J'y fis donc une large incision de quatre pouces parallèle à la longueur du tibia, et le pus s'échappa de dessous le périoste. Enlevant alors avec l'éponge le sang et la matière purulente, je fis à l'os, à un pouce de chacun des angles de l'incision des parties molles, une double perforation qui donna immédiatement issue à du pus.

Rien ne saurait être plus satisfaisant que le résultat de cette opération. Toute douleur disparut en moins d'une heure, il ne resta de l'inflammation que ce qu'il en fallait pour amener la guérison; il n'y eût aucune exfoliation; des granulations de bonne nature recouvrirent l'os et le malade fut guéri en peu de semaines.

Obs. III. Le 5 mai 1837, je fus appelé pour voir le fils de Styles Fox de Westfield, âgé de 7 ans; cet enfant, dont le père était très pauvre, avait été sans souliers depuis le moment de la fonte des neiges et le jour qui précéda le début de maladie, il avait été dans l'eau froide jusqu'aux genoux pendant quatre heures de suite. La maladie avait été fort mal soignée par ses parents, et sept jours s'étaient écoulés à l'épo-

que où je vis l'enfant. Je le trouvai dans une véritable agonie; la fièvre symptomatique était très considérable; le pouls extrêmement rapide, dur et petit. La jambe gauche était gonflée depuis le genou jusqu'aux orteils, très rouge et extrêmement douloureuse. Le plus léger attouchement, le moindre mouvement, arrachaient des cris. La mère m'apprit que le lendemain du jour où son fils avait été si longtemps dans l'eau, il avait été pris d'une violente douleur dans le pied et le coude-pied, et que la nuit suivante il était survenu une fièvre violente. Je trouvai le point central de l'inflammation à environ trois pouces au dessus de la malléolle interne, et je crus percevoir de la fluctuation en cet endroit. Sans retarder, je fis une large incision d'environ quatre pouces jusqu'au tibia; et comme je m'y attendais, je vis le pus s'échapper en assez grande quantité de dessous le périoste. Alors je perforai l'os comme dans les cas précédents et du pus s'écoula par la perforation que je venais de faire. Deux jours après, je fis une autre incision à la partie supérieure du tibia que je perforai également. Ce pauvre enfant tomba dans un grand état de prostration d'où on le tira à grand'peine au moyen de fortes doses d'eau-de-vie de quinquina et de teinture d'opium; l'os s'exfolia dans une certaine étendue; mais j'ai la conviction que toute autre méthode de traitement n'aurait pu lui sauver la vie, pour ne rien dire de sa jambe. Maintenant il est guéri et a une jambe en bon état.

Obs. IV. Ce cas arriva chez le frère du précédent malade; ce petit garçon, âgé de deux ans et demi, avait été envoyé hors de la maison à cause de la maladie de son frère. Quand il revint, j'appris que trois jours auparavant il avait été pris d'une forte douleur dans le pied et à la partie inférieure de la jambe. Je trouvai le pied fort gonflé et la partie externe du coude-pied fort enflammée. A environ deux pouces au dessus et au niveau du péroné, je trouvai une tache fort sensible sur laquelle j'incisai jusqu'à l'os que je perforai ensuite en deux endroits. Cet enfant guérit fort bien.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie pathologique.

Physiologie pathologique des os. *De l'absorption des séquestres dans la nécrose, observations sur l'adhésion des os morts aux os vivants;* par George Gullive. — D'après l'examen d'un grand nombre d'exemples de nécrose qu'il eut occasion de faire à Chosham en 1829, M. Gullive fut amené à soupçonner que la doctrine de l'absorption de l'os mort, si généralement admise, reposait sur une erreur, et des observations ultérieures ne firent que confirmer cette opinion. Autant qu'il en put juger d'après ses propres observations, il ne paraît pas nécessaire d'attribuer la forme et l'apparence de l'os mort à l'action des absorbants sur lui après qu'il a cessé de vivre; la plupart des faits peuvent se prêter à une autre interprétation, et il en est où l'action absorbante est complétement inadmissible. Si le séquestre n'est pas absorbé, que devient-il donc?

« Il faut d'abord remarquer, dit M. Gullive, qu'on a considéré comme des nécroses des cas qui réellement ne méritent pas ce nom. On voit surtout sous ce titre, dans les muséums d'anatomie, une classe de spécimens qui me paraissent pouvoir être expliqués d'une manière complétement différente de celle qui est généralement adoptée. Je veux parler des diaphyres des os longs considérablement épaissis, et irrégulièrement percés de trous pour le passage des vaisseaux sanguins ou de cloaques répondant aux cavités d'abcès, et parfois singulièrement courbés et déformés, comme si à une certaine période de la maladie ils avaient été ramollis, puis soumis à l'influence de quelque force mécanique. Au centre de ces os on trouve parfois un très petit fragment d'os mort et détaché, mais le plus souvent l'os est seulement très épaissi et plus dense dans sa totalité. Or on a souvent regardé les premiers de ces cas comme des exemples où l'absorption était presque entièrement effectuée; les seconds comme des cas où son action avait été complète. Il est probable que les uns et les autres ne sont que des exemples d'inflammation longtemps continuée, s'accompagnant dans les premiers de la mort, de la séparation d'un petit fragment central qui n'a depuis nullement changé

de forme, et dans les seconds n'ayant jamais eu de rapport avec la nécrose.

» Le dépôt d'un cylindre d'os nouveau autour de l'os ancien n'est pas davantage une preuve absolue de la mort de ce dernier, comme j'ai pu m'en convaincre dans le cours de mes expériences.... On voit parfois un os qui a été le siége d'une inflammation interne s'éroder partiellement et disparaître graduellement par l'absorption, s'il conserve assez longtemps sa vitalité, tandis qu'un dépôt d'une nouvelle matière osseuse supplée peu à peu à celle qui disparaît, et cela sans que la mort de l'os ancien entre pour rien dans le phénomène. Quand au contraire une pièce d'os réellement morte est enfermée dans un nouveau cylindre osseux, c'est sans doute un cas fâcheux, car le malade devra le conserver si le séquestre n'est pas éliminé par une autre voie que l'absorption. »

Quant à l'apparence vermoulue de la surface de plusieurs séquestres, M. Gullive l'explique de cette manière : « Les exemples de cette espèce les plus nombreux sont ceux de nécrose de la couche interne du corps des os longs, avec épaississement de la partie extérieure. Dans ces cas il est évident que le séquestre, ne se séparant pas d'une manière régulière, doit également produire une surface irrégulière; quand, au contraire, c'est la lame externe d'un cylindre entier d'os nécrosé qui présente des érosions à la surface, il semble encore plus raisonnable de les regarder comme l'effet de l'ulcération alors que la partie vivait encore, que de supposer une action des absorbants après la mortification. »

M. Gullive n'est pas convaincu non plus que le fait de l'absorption de la racine d'une dent transplantée soit un fait bien authentique; mais s'il en était ainsi, ce fait semblerait indiquer que la dent, ayant conservé sa vitalité, est devenue une partie du corps vivant, partie soumise en conséquence à ses lois. Quant à la diminution qu'on a dit avoir eu lieu sur des portions d'os mort mises en contact avec les granulations d'un ulcère, ce fait est au moins, ainsi qu'on va le voir, en contradiction avec le résultat des expériences de M. Gullive.

A l'appui des opinions émises dans les lignes précédentes M. Gullive rapporte 5 cas de nécrose dans lesquels on trouva, après quatre mois, deux ans et même plusieurs années, que le séquestre persistait encore, sans que rien indiquât une action des absorbants sur lui. Il présente ensuite les résultats de 19 expériences, dans lesquelles on voit des portions d'os maintenues en contact avec un ulcère pendant 17 jours, — introduites dans un séton à la nuque chez un homme et laissées dans cette position 29, 32 et 65 jours, — plongées profondé-

ment pendant 5 semaines dans les parties molles de la cuisse d'un chien, — entre les muscles et le périoste de la cuisse d'un chien pendant 2 mois, — dans le tissu cellulaire sous-cutané de la même partie pendant 3 et 4 mois, — et cela sans éprouver aucune espèce d'altération. Nous reproduirons textuellement les expériences suivantes :

Expérience 9. Un morceau d'os métacarpien d'un lapin fut introduit dans le canal médullaire du tibia d'un autre lapin, où il resta 7 semaines. La plaie se cicatrisa facilement et l'animal conserva sa santé et son activité jusqu'au moment où il fut tué. L'os étranger n'avait pas subi de changement appréciable, il était plongé dans une substance molle que l'injection montra être extrêmement vasculaire. Le tibia était simplement épaissi.

Expérience 10. Le péroné d'un lapin fut introduit dans le canal médullaire du tibia d'un autre lapin où il resta 36 jours. Il n'avait pas subi de diminution appréciable, mais une portion du nouvel os était adhérente à sa surface; le tibia était augmenté de volume par suite de dépôts osseux à ses surfaces interne et externe, et l'os étranger était solidement enfermé au centre du nouvel os.

Expérience 11. Un fragment du corps du tibia d'un lapin fut placé dans le canal médullaire du tibia d'un autre lapin et maintenu dans cette position pendant 34 jours. L'os étranger n'avait subi aucun changement, il était entouré d'une lymphe fort vasculaire, il y avait un large kyste non encore rompu qui contenait une matière purulente blanche et concrète et communiquait avec la cavité du tibia.

Expérience 12. Un morceau du corps du tibia d'un lapin, pesant 4,5 gros, et un fragment de l'extrémité spongieuse du même os, du pois d'un grain, furent maintenus pendant 25 jours; les poids avaient été marqués sur ces fragments avec un crayon de mine de plomb. La première portion enlevée et desséchée n'avait pas changé; la seconde pesait en plus 1/10 de grain, ce qui tenait probablement à quelque matière qui ne s'était pas dissipée par la dessiccation. Les marques n'étaient pas effacées. Il y avait une vive inflammation du membre ; du pus, une lymphe vasculaire entouraient les os étrangers.

Expérience 15. Un morceau de la diaphyre d'un tibia de lapin, pesant 2,2 gros, fut introduit dans le canal médullaire du tibia d'un autre lapin et laissé 7 semaines dans cette position. La blessure se cicatrisa en peu de jours. L'os étranger pesait 2,37 gros et était solidement engagé dans le canal médullaire. Son accroissement de poids était dû à deux petits fragments bien limités de nouvelle matière osseuse déposée à sa surface. Ces petits dépôts furent enlevés, et leur analyse faite par le docteur Davy y montra les éléments d'un os véritable.

Expérience 16. Une portion du corps d'un tibia humain fut prise et introduite dans le canal du tibia d'un lapin, qui fut tué sept semaines après. Le membre fut macéré pendant trois mois dans l'été, après quoi en enleva une partie de la circonférence du tibia, pour mettre à découvert l'os étranger; il fut trouvé fortement adhérent à la surface interne du tibia du lapin, et l'union était effectuée au

moyen d'une véritable substance osseuse, ainsi que le démontra l'analyse du docteur Davy.

Expérience 17. Même expérience que dans le cas précédent sur un lapin à moitié de croissance. Quatorze semaines après on le tue et on trouve le morceau du tibia humain fortement adhérent au tibia du lapin, au moyen d'une substance osseuse nouvelle.

« La consolidation au moyen de substances osseuses d'un os mort et d'un os vivant est, dit M. G., un fait curieux dans l'histoire de l'adhérence. Il peut servir à éclairer sur la nature de l'union qui a lieu entre les parties non vasculaires des animaux et les parties vasculaires, et à montrer que l'opinion de Hunter sur la vitalité des parties transplantées n'est pas sans exception. Cela me paraît un fait intéressant, de voir qu'un tissu qui a été longtemps mort puisse posséder le pouvoir de puiser dans le sang des parties similaires à lui-même. Pour y trouver une complète analogie avec l'assimilation, nous n'aurions qu'à supposer que la matière morte est poreuse, et que de nouvelles parties sont attirées dans ses interstices; si, de plus, un nouvel os peut être déposé par les tissus vivants environnants sur un os mort, et lui devenir fortement adhérent, comme le montrent les expériences 10, 15, 16 et 17, il est permis d'élever des doutes sur les conclusions des physiologistes qui adoptent les vues de Haller et de Dethlef sur la réparation des os morts; en effet, la connexion intime du nouvel os avec la surface de l'os ancien n'est pas une preuve que le premier a été sécrété par les vaisseaux de celui-ci, bien que cependant chez l'homme la présence de l'ancien os puisse être nécessaire pour l'établissement et la continuation de l'ossification. »

(*Médico-chir. Transactions*, 21e volume, art. 1.)

Pathologie et Thérapeutique médicales.

Hystérie (*Cas remarquables d'*). Nous avons cru devoir réunir sous le même titre plusieurs observations fort extraordinaires et fort différentes d'hystérie. La première est due au docteur A. Francesco Argenti, de Padoue. — Sous le nom de *Nevrosi cerebro-spinale isterica*, le docteur Argenti a publié le fait suivant qui nous paraît intéressant pour l'histoire des névroses, et que, pour cette raison, nous allons présenter avec quelques détails. Il est à désirer que l'auteur donne la suite de cette observation, s'il a pu continuer à voir la malade.

Obs. I. *Hystérie accompagnée d'une abstinence de 37 jours.* —Giovanna Rovere, de Padoue, née de parents sains et robustes, et arrivée à l'âge de 11 ans et demi sans avoir éprouvé de maladie grave, paraissait atteindre à l'époque de la puberté, lorsque le développement des mamelles, qui était déjà sensible, s'arrêta; les règles, qui chez sa sœur moins formée qu'elle avaient paru à cet âge, ne s'établirent pas, et bientôt, en 1835, elle fut atteinte d'une fièvre intermittente avec beaucoup de céphalalgie. Tout ce qu'on put faire pour ramener les règles fut inutile, et cet état dura jusqu'au mois de février 1837, époque à laquelle on commença à remarquer un dépérissement sensible. Reçue à la clinique du professeur Gaspare Frederigo, elle présenta les symptômes suivants : Fièvre continue, rémittente; pendant les exacerbations on remarquait le refroidissement, puis la chaleur, avec photophobie, bourdonnement d'oreilles, dyspnée, hoquet fort et fréquent, douleur des membres inférieurs. On employa vainement, pour combattre ces accidents, la saignée du pied, les sangsues aux tempes, l'aloès, le calomel, le carbonate de fer, la quinine, l'assa fétida. Vingt-trois jours après son entrée la malade sortit non guérie et non soulagée.

Ce fut vers le mois de mars que le docteur Argenti fut appelé auprès d'elle. Il la trouva dans l'état suivant : Maigreur; mamelles assez développées; face pâle; regard étonné; insomnie; décubitus sur le côté droit; membres inférieurs ployés sur le ventre. Douleur frontale continuelle et forte; photophobie; bourdonnement d'oreilles; sensation de tiraillement à la nuque. Respiration régulière. Pouls contracté, souvent agité, participant aux énergiques palpitations du cœur (pulsations non comptées). Appétit faible et quelquefois capricieux; langue rouge et souvent sèche. Douleur très vive de l'abdomen à la pression, surtout à l'hypogastre. Sécrétions et excrétions normales. Souvent, dans la journée, espèce de hoquet mêlé à la toux, avec un gargouillement semblable au bruit de l'eau versée dans un tube. Pendant ces exacerbations, que la moindre contrariété produisait infailliblement, la céphalalgie augmentait beaucoup.

Dans le courant de mars, avril et mai, on pratiqua deux fortes saignées, qui donnèrent un sang couenneux; on appliqua plusieurs fois des sangsues aux parties génitales. On administra les purgatifs, les boissons nitrées, les martiaux, la digitale, les cantharides, l'eau de laurier-cerise, le sulfate de quinine, l'extrait d'aconit, le seigle ergoté, etc. Toute cette médication produisit si peu d'effet qu'on abandonna tous les remèdes. Le 15 juin les accidents prirent un autre caractère. Fortement courbée en avant, le menton collé sur la poitrine, les membres inférieurs raides, elle avait les membres supérieurs continuellement agités de convulsions cloniques; violents hoquets. Pouls fréquent, respiration altérée. Paupières abaissées; pupille dilatée et immobile, trismus, écume à la bouche. Nul mouvement; pas une parole. Sensibilité excessive de la peau; touchée à peine au visage, à l'oreille, à la main, elle donnait des signes d'une douleur extrême, les convulsions étaient augmentées; cris étouffés. (Lég. sinapismes qui ne sont pas supportés; fomentations de camomille sur le ventre; potion aromatique; bain général à 26 deg. R.)

Dans le bain, le trismus diminue, la malade fait des efforts pour

montrer sa langue quand elle en est priée. Pendant les rares et courts intervalles du trismus, ses parents cherchèrent à lui faire prendre une petite quantité d'aliments plus solides mêlés à l'eau; mais un spasme continuel de l'œsophage s'opposait à la déglutition et le liquide était rejeté. A peine prit-elle de cette manière, dans l'espace de cinq jours, une once d'aliments en tout, et cette faible quantité fut la seule qu'elle consomma en trente-sept jours.

Pendant le temps que dura ce jeûne forcé, l'affection de la malade prit des aspects variés : tantôt ses yeux se fermaient, malgré ses effort, elle ne pouvait pas les rouvrir; tantôt il y avait léthargie, prostrations écume à la bouche; insensibilité complète de la peau. Enfin on vit le 2 juillet se manifester de l'opisthotonos; la peau se refroidit, le visage était gonflé, ainsi que les veines jugulaires; il y avait de violents grincements de dents. Alors l'intelligence et la sensibilité furent abolies, à tel point qu'un vésicatoire fut appliqué à l'insu de la malade. Mais lorsqu'on voulut le lever le lendemain, la malade poussa un cri, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs jours, et donna des signes d'intelligence. Cet état se renouvela encore le 16 dans l'après-midi, et dura jusqu'au lendemain matin à 6 heures, où tout à coup la malade, qu'on croyait sur le point d'expirer, se leva et se dirigea vers une table où il y avait du pain, en disant à sa sœur épouvantée : Ne crains rien, je suis guérie; va, et informes-en notre mère. Eprouvant une légère syncope, elle fut reportée sur son lit, revint bientôt à elle, et prit aussitôt une tasse de café au lait, rompant par là un jeûne de trente-sept jours.

La malade se trouva alors dans le même état où elle se trouvait avant le 15 juin. Elle dit alors que souvent elle avait entendu les paroles des assistants, quoiqu'elle ne pût ni répondre, ni même tourner les yeux; que sa sensibilité avait été excessive dans les quinze premiers jours; qu'elle l'était encore, mais seulement à la région hypogastrique; que pendant tout ce laps de temps elle n'avait nullement éprouvé le sentiment de la faim; que le spasme de l'œsophage s'opposait à la déglutition de tout liquide; que la douleur de tête ne l'avait jamais abandonnée. Bientôt les fonctions de la vie organique se rétablirent et la malade reprit de l'embonpoint. Mais au mois de décembre 1837, c'est à dire vingt-neuf mois après le début, la céphalalgie, avec le hoquet accompagné de gargouillement, une sensibilité très vive des parois abdominales et l'absence complète des règles existent encore comme aux premiers jours de la maladie. (*Annali universali di medicina*, vol. 86, fascicolo di aprile 1838.)

Obs. II. par le docteur Kennedy. — A. M., jeune personne de 13 ans, de forte constitution et ordinairement bien portante, fut prise, le 10 juin 1836, de quelques accidents nerveux analogues aux symptômes de la danse de St-Guy. Deux semaines auparavant, elle avait un peu de constipation et se plaignait de céphalalgie frontale. Les accidents nerveux débutaient soudainement, commençant par un *aura* qui remontait des orteils jusqu'à l'abdomen : il y avait un, deux ou trois spasmes de hoquet, puis un balancement latéral de la tête et du cou; dans ce premier temps, le corps était penché, la partie antérieure des cuisses relevée vers l'abdomen, le front incliné sur la

face postérieure de l'avant-bras droit qui était maintenue au poignet par la main gauche. Après être restée pendant quelque temps dans cette position, tout à fait insensible aux agents extérieurs, ne se réveillant ni aux cris poussés autour d'elle, ni aux pincements, ni aux secousses les plus fortes, elle s'agitait dans toutes les directions, se pelotonnait, souvent se mettait la tête en bas, les pieds en l'air et appuyée contre le mur. La figure était alors rouge, gonflée, anxieuse. La respiration s'arrêtait un instant; puis c'étaient des soupirs bruyants et saccadés. Tantôt elle se renversait en arrière, ou fléchissant fortement la jambe, elle faisait toucher ses talons aux protubérances ischiatiques: d'autres fois elle se baissait tout à fait, ou battait le tambour sur son oreiller avec une inconcevable rapidité; elle dansait sur les genoux, agitant les mains comme une folle. Le plus souvent elle avait l'air colère, quelquefois désappointée et comme dans le désespoir. Trois fois, pendant une attaque, elle tourna rapidement sur ses genoux; puis elle saisit avec les mains le bord de son lit, comme pour en détacher un morceau, et ne pouvant y réussir, elle le mordit avec ses dents.

Tels étaient les principaux phénomènes de cette étrange affection. Du reste, l'accès fini, la malade n'avait plus conscience de ce qui s'était passé. Les attaques étaient au nombre de 14 à 15; elles commençaient avec assez de régularité vers 8 heures du matin, et revenaient à des intervalles plus ou moins courts jusqu'à 10 ou 11 heures du soir. Il n'y en avait point pendant la nuit. La durée d'un accès variait de 20 minutes à une demi-heure, et dans les derniers temps d'une heure à une heure et demie, quelquefois deux heures.

Pendant les trois premiers mois, elle fut traitée par les purgatifs, puis par les toniques et les antispasmodiques, sans aucune amélioration. On ne fut pas plus heureux avec le sous-carbonate de fer donné pendant trois semaines, non plus qu'avec les affusions froides, ni avec l'émétique, ni avec l'acide hydrocyanique à la dose de 75 gouttes en vingt-quatre heures; des pilules de coloquiute, un large vésicatoire à la partie cervicale de l'épine furent également inutiles. Au bout de trois semaines, pendant lesquelles on cessa tout médicament, on appliqua un grand vésicatoire au sacrum et un plus petit à la nuque, et on les pansa avec l'onguent de sabine. Au bout de quatre jours les accès avaient disparu complétement, et les règles revenaient le sixième jour. Bientôt reparurent les attaques, avec des vomissements quotidiens. Cet état dura deux mois, et la malade était si faible qu'on la croyait perdue : depuis trois semaines elle ne prenait plus aucun médicament, quand un jour elle se leva tout à coup de son lit en disant : « Maintenant je vais marcher. » Ce qu'elle fit, en effet, au grand étonnement des assistants : dès ce moment aussi les vomissements cessèrent tout à fait. Depuis lors, la santé s'est sensiblement améliorée.

(*Edinburgh, medical and surgical journal.* Juillet, 1838.)

Le docteur Kennedy a donné à la maladie dont on vient de lire l'histoire un nom différent de celui que nous avons adopté. Il l'appelle, en effet, *chorée, chorea saltatoria.* Mais nous n'avons trouvé là ni la marche ni les symptômes de la chorée. La forme

d'attaques qu'a revêtue l'affection dès le début, la bizarrerie des mouvements, qui ne ressemblaient en rien aux tremblements le plus souvent partiels de la chorée; le gonflement, l'expression de la face, l'altération de la respiration dans les accès, tout en un mot se rapporte à l'hystérie et non à la chorée.

Les deux faits qu'on vient de lire sont bien propres à montrer quelle peut être la différence des accidents nerveux dans une affection qui néanmoins est évidemment la même. Il est pourtant un trait de ressemblance bien remarquable dans ces deux observations : c'est la manière dont la maladie s'est terminée. — Les deux jeunes filles, au moment où on devait le moins s'y attendre, et alors qu'on regardait leur état comme à peu près désespéré, se levèrent, en annonçant elles-mêmes leur guérison, qui dès lors fut assurée.—Bizarre terminaison, bien en rapport avec la bizarrerie des symptômes!

ÉPILEPSIE *propagée par imitation* (*Cas d'*). Une jeune fille, nommée Arnold, était depuis quelque temps sujette à des attaques d'épilepsie : elle fut prise de ces attaques à l'école de Biclefeld; elle quitta la classe pendant plusieurs jours, y revint le 8 août 1837, guérie en apparence, mais les accès se renouvelèrent, et elle fut ramenée chez elle. Peu de jours après, une jeune personne, forte et de bonne santé, fut prise de convulsions à l'école, et le 14 août, deux autres, l'une de 12 ans, l'autre de 14, eurent des accès semblables. Le lendemain, trois autres filles tombèrent à leur tour en épilepsie, et la contagion gagna si rapidement qu'en moins d'une demi-heure plus de vingt petites filles furent pareillement affectées. Ces enfants éprouvaient d'abord un sentiment d'anxiété, puis survenait de la pâleur, de l'oppression, de la céphalalgie, des tremblements des membres avec perte de connaissance : les pouces fléchis étaient en dedans, les yeux convulsés, et les malades laissaient échapper un cri soudain. Chez les unes, l'attaque n'avait qu'un instant de durée; chez les autres, elle durait plusieurs heures. Aucun des garçons n'eut des accès. L'école était en bon air, la température de la chambre à 18° à midi. Excepté Arnold, aucune des filles n'était auparavant épileptique, et l'on ne put découvrir de cause matérielle à ces attaques. La plupart approchaient de la puberté, et toutes étaient d'un tempérament très nerveux. Bien que de longtemps on n'eût point laissé les filles malades revenir à l'école, de nouveaux cas d'épilepsie se montrèrent, ce qu'on expliqua par la guérison incomplète de celles qui avaient été atteintes les premières. La maladie fut traitée comme purement nerveuse par la valériane, l'oxyde de zinc, l'indigo, etc., mais avec peu de succès. (*Medicinisch Zeitung*, n° 8. 1838.)

On ne peut guère voir, dans les faits, qui viennent d'être exposés, qu'un nouvel exemple de la propagation des affections nerveuses par l'imitation. Il semble néanmoins qu'à une certaine époque de ce

que le médecin allemand appelle une épidémie, de nouveaux cas se manifestèrent en l'absence de toute provocation, puisque les malades étaient éloignées. Mais comme les attaques eurent lieu chez des sujets primitivement affectés, on peut croire, avec l'auteur, que c'était encore l'effet de la cause primitive. On regrette dans la description de l'attaque quelques détails importants, et entre autres l'insensibilité, l'ignorance après l'attaque de tout ce qui s'est passé pendant son cours, l'écume à la bouche, etc., car jusqu'à présent on n'avait pas eu d'exemple de cette propagation d'épilepsie.

DELIRIUM TREMENS (*Traitement du*). — Dans un travail précédent, le docteur John Ware, de Boston, avait exprimé l'opinion que le *delirium tremens* ne pouvait être arrêté dans sa marche par le traitement; que les paroxysmes de délire n'étaient pas abrégés par les remèdes, mais duraient un certain temps, et se terminaient ensuite spontanément par la mort ou la guérison, et que l'opium, loin d'exercer une influence favorable, augmentait la mortalité au lieu de la diminuer. Dans un second mémoire, le médecin américain cherche à donner à ses assertions premières la sanction des faits. Il s'exprime ainsi :

Les observations recueillies dans ma pratique se montent à 69 pour une période d'environ vingt ans : il y a 63 cas parmi les hommes et 6 parmi les femmes. Le total des morts fut de 11 : il n'y eut pas un seul décès parmi les femmes. Sur 31 cas observés à l'hôpital de Boston, 5 se terminèrent par la mort.

8 malades furent traités par l'opium à haute dose, donné dans le but d'amener la terminaison du paroxysme par le sommeil. La quantité administrée varia de 24 à 72 grains, donnés d'ordinaire en 48 heures. La mort arriva chez 4 de ces individus : l'un ne se réveilla point du sommeil que le remède avait provoqué, et mourut dans un état comateux. Les 3 autres moururent sans que le sommeil eût été obtenu. Aucun de ces 8 malades ne fut saigné. Chez l'un, la maladie survint au milieu d'une dysenterie intense; les autres n'offrirent rien de remarquable. Dans les cas de guérison, la santé revint complétement aussitôt après le sommeil. Dans 7 cas, on traita par de petites doses d'opium qui ne procurèrent pas le sommeil (2 à 3 grains en 24 heures); 2 malades moururent, tous deux sans avoir dormi : 1 avait une péripneumonie grave quand survint le *delirium tremens*, et il succomba; un fut saigné, et guérit.

12 malades furent traités surtout par les vomitifs répétés, d'après la méthode du docteur Klapp, de Philadelphie. Ce fut le tartre stibié qui fut donné principalement; quelquefois il fut remplacé par le sulfate de cuivre et l'ipécacuanha, sans différence évidente dans les effets; 2 de ces malades étaient atteints de maladies graves, l'un du cerveau, l'autre du tissu cellulaire qui entoure l'articulation du genou. Le premier succomba, le second guérit; 1 fut saigné et guérit.

Sur la totalité, un seul mourut.— Dans 2 cas, une saignée du bras abondante fut l'unique remède employé, et dans tous les deux la maladie guérit vite. — Dans 9 cas, le traitement fut éclectique : il fut approprié aux symptômes prédominants.

Chez chaque malade, on eut égard plutôt aux indications générales qu'au delirium tremens lui-même. Sept de ces cas furent considérés comme étant sous la dépendance d'une affection locale aiguë, et furent traités par les remèdes ordinaires; 5 sur 9 furent saignés, dont 2 moururent. Sur les 9, il y eut trois morts, tous péripneumoniques; un cas où le délirium se joignit à un érysipèle de la face et du cuir chevelu, fut traité par le sulfate de quinine à hautes doses, et fut guéri.— Un fut traité par les mercuriaux : la salivation eut lieu et la guérison suivit.

Dans 29 cas, la médication fut expectante.Je ne veux pas dire pour cela qu'il n'y eut point de remèdes administrés; ainsi au début, chez quelques malades, on fit un traitement assez énergique (sangsues, émétiques, vésicatoires, cathartiques). Chez d'autres on employa des médicaments divers (valériane, assa fétida, jusquiame, etc.), mais pas en assez grande proportion pour produire réellement aucun effet. Dans tous ces cas, il n'y avait point de complication de maladie aiguë, sauf un seul où l'autopsie révéla une arachnitis. quatre malades furent saignés et guérirent. Sur ces 29 il n'y eut qu'un mort.

Un tableau pourrait donner une idée de la valeur des diverses méthodes thérapeutiques ; on y verrait que sur 15 malades où l'opium a été le principal remède, 6 sont morts, tandis que sur 54 où l'opium n'a point été administré, ou l'a été momentanément et en petite quantité, 5 seulement ont succombé. Si l'on ôte de ces 54, les 9 cas où la médication fut éclectique, et où la mortalité dépendit de la complication d'une maladie aiguë, restent 45 cas, dont 2 seulement mortels. Si donc on compare la mortalité des cas où l'opium fut poussé loin avec ceux où aucun traitement actif ne fut employé, on aura une mortalité de 1 sur 2, contre une de 1 sur 29.

Il semble que le *delirium tremens* soit mortel seulement quand il est compliqué d'une maladie dangereuse par elle-même et capable d'emporter le malade même sans le delirium. Sur 11 cas de mort, 7 ou 8 présentaient une complication de ce genre.

Dans 3, la mort eut lieu après que le malade eut dormi. Ce sommeil est néanmoins, sauf exceptions, l'indice d'une terminaison favorable. — Les convulsions ont été regardées comme un symptôme fâcheux, et cependant sur 9 malades où elles eurent lieu, 2 seulement succombèrent. — La saignée générale est d'ordinaire proscrite comme funeste; 13 malades furent saignés du bras pendant le cours de l'affection : 2 seuls moururent, tous deux péripneumoniques. Ce chiffre nous prouve au moins que la saignée du bras n'est point un remède dangereux. (*Boston med. and surg. Journal.* 1838.)

Le résumé statistique du docteur J. Ware ne peut manquer d'intéresser nos lecteurs. Il en est quelques uns néanmoins qui se demanderont si le diagnostic a été toujours rigoureusement porté; si, par exemple, dans les cas où il y avait complication, le délire

était un *delirium tremens*, ou bien un délire ordinaire. L'habileté bien connue du docteur J. Ware doit faire pencher vers la première opinion, mais cependant on aimerait à trouver, même dans un résumé, une courte analyse des principaux symptômes qui ont servi de base au diagnostic. C'est surtout quand on se sert des chiffres, qu'il faut *peser* les faits avec le plus de soin.

Bruit de frottement péritonéal (*observations de*); par William Stokes. — *Première observation*. Un enfant de douze ans fut atteint d'une pleurésie du côté droit qui durait depuis quelques jours. Quand il fut reçu à l'hôpital, il avait de la fièvre, une respiration précipitée, de la toux, un point de côté; la peau avait une teinte bilieuse; l'hypochondre droit était plein et résistant, le foie manifestement augmenté de volume. La partie supérieure et moyenne du côté droit donnait à la percussion un son clair; la respiration s'entendait dans une grande étendue, ainsi qu'un bruit de frottement très fort. En plaçant le stéthoscope sur la tumeur du foie, on entendait, dans les inspirations profondes, le même frottement, qui dépendait sans doute de fausses membranes péritonéales. Les symptômes de la maladie, ainsi que les signes fournis par le stéthoscope, disparurent rapidement sous l'influence du traitement antiphlogistique. Ce cas est évidemment un exemple de pleurésie compliquée de péritonite.

Deuxième observation. Un homme de moyen-âge fut pris de douleurs atroces dans le dos, avec fièvre. Les symptômes continuèrent pendant plusieurs jours, sans soulagement; une tumeur se montra à l'épigastre, augmenta rapidement de volume, et il s'y développa des battements très forts et très visibles. La douleur du dos diminua, la fièvre tomba; on se demanda alors si la tumeur était un anévrysme. La douleur dorsale soudaine et déchirante, l'apparition de la tumeur suivie de la cessation de la douleur, les battements épigastriques, semblaient appuyer cette dernière opinion : d'un autre côté le fait du début fébrile de la maladie l'infirmait beaucoup et portait à croire que la tumeur était un gonflement inflammatoire du lobe gauche du foie auquel l'aorte centrale communiquait ses battements. L'observation ultérieure décida la question. Si l'on plaçait la main sur la tumeur pendant la respiration ordinaire, on ne percevait que de fortes pulsations; mais lorsque le malade faisait une très longue inspiration qui abaissait le diaphragme, on entendait et l'on sentait au palper un beau bruit de frottement ascendant et descendant : ce bruit existait sur la tumeur seulement. Cette circonstance ajoutée à l'histoire des symptômes démontra la nature inflam-

matoire de la tumeur, et la non-existence d'un anévrysme. Ce malade guérit rapidement.

M. Stokes fait suivre ces deux observations d'un tableau très court, où sont résumés en quelques lignes douze cas de frottement péritonéal empruntés à des médecins anglais, Bright, Corrigan, etc. Dans neuf de ces douze observations, il existait dans le ventre une tumeur de quelque organe, d'où il conclut avec le docteur Beatty que la présence d'une tumeur rend le bruit de frottement plus distinct.

(Stokes, *On diseases of the chest.*)

Issue de calculs biliaires par un abcès au dessous du nombril. — Le docteur Alli de Brünn rapporte l'observation d'une femme de 46 ans, qui, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1828, eut à cette époque sans cause connue une fièvre *nerveuse*. En 1829 une métrorrhagie qui persista pendant un mois l'affaiblit considérablement. En 1830, à la suite d'un travail forcé et longtemps prolongé, elle commença à éprouver dans l'hypochondre gauche des douleurs, qu'elle ne combattit par aucun traitement jusqu'au printemps de 1831, époque à laquelle une tumeur se forma sous les fausses côtes du même côté. Ces symptômes persistèrent sans subir de modification importante jusqu'en 1834 : la tumeur avait diminué par l'emploi des fondants sans toutefois disparaître complétement, et les douleurs s'étaient étendues jusque vers le foie. La malade fut alors envoyée aux eaux de Baden ; mais ayant éprouvé en route une douleur très violente dans l'hypochondre droit, de la céphalalgie et des nausées, elle prit une médecine composée de rhubarbe et d'un purgatif salin, qui détermina vingt-quatre vomissements de matières amères et verdâtres et trente-deux évacuations alvines. Vers la fin du mois de juillet la peau s'enflamma près de l'ombilic, et l'application de cataplasmes détermina l'ouverture d'un abcès duquel il s'écoula une quantité considérable de pus. L'ouverture resta fistuleuse, les bords étaient durs, douloureux, enflammés ; les douleurs continuaient à se faire sentir le 24 octobre. La malade éprouva tout à coup une sensation extraordinaire : il lui sembla qu'un corps étranger se brisait dans la cavité de son abcès, et le 27 en ayant aperçu un qui se présentait à l'ouverture, elle retira, non sans peine, une pierre du volume d'un œuf de pigeon qui fut reconnue être un calcul biliaire. L'état général de la malade était grave et présentait un amaigrissement prononcé, une fièvre continue avec exacerbation le soir, des sueurs nocturnes, de la constipation, des urines épaisses et glaireuses. La fistule n'avait que les dimensions d'une lentille : en y introduisant un stylet on rencontrait à la profondeur d'un pouce un corps dur et immobile. Cette ouverture fut agrandie au moyen de l'éponge préparée. Le 25 novembre le calcul devint mobile ; le chirurgien en s'efforçant de le saisir avec des pinces le brisa et retira quatre gros fragments et quelques petits. Après cette extraction la santé de la malade s'améliora et les douleurs devinrent moins vives. Cependant la fistule ne se cicatrisait pas. En mai 1835 un quatrième calcul fut retiré ; quinze jours après, l'ouverture était entièrement

fermée, et un mois après la malade complétement rétablie. En rapprochant les fragments qui avaient été extraits, on voyait manifestement qu'ils appartenaient à un seul calcul. (*Oester. med. Jahrb.* Bd. XII, Keft. 1.)

Issue de strongles par l'ombilic. — Un enfant de sept ans se plaignait d'éprouver de violentes douleurs dans la région ombilicale, qui devint rouge, tuméfiée et tendue. Considérant le mal comme une inflammation locale, on lui opposa des émollients; mais il se forma une tumeur qui, ayant acquis le volume d'un œuf, s'ouvrit d'elle-même. Il en sortit d'abord un liquide fétide, puis un strongle mort: l'ouverture resta fistuleuse, et au bout de quelque temps elle donna issue à 44 vers semblables, mais vivants; puis, en quatre fois différentes, à 11 autres strongles également vivants. Les douleurs cessèrent depuis ce moment, mais l'enfant resta affecté d'une fistule stercorale. (*Il Filiatre sebezio.* 183... n°.)

Il est à regretter que cette observation ne soit pas recueillie avec détails et précision; mais le fait est trop curieux pour que nous n'ayons pas dû nous empresser de l'enregistrer.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

Céphalæmatome (*recherches sur le*); par Jean-Auguste Burchard. — Ces recherches portent sur presque tous les points de l'histoire du céphalæmatome; nous allons suivre l'auteur et nous noterons chemin faisant ce qu'il y aura de vraiment neuf dans ce travail.

M. Burchard a eu occasion d'observer 45 cas de céphalæmatome, nombre considérable et qui pouvait fournir des résultats très importants.

Relativement à la fréquence du céphalæmatome, l'auteur a trouvé que de 1829 à 1835, 1,402 accouchements ayant eu lieu à la clinique d'accouchement de Breslau, il y avait eu 13 enfants affectés de céphalæmatome. Ce qui fait un cas de tumeur par 108 enfants nouveau-nés. Cette proportion est à peu près celle qu'a indiquée Hoere qui avait trouvé un cas de céphalæmatome sur cent nouveau-nés.

La plupart des mères des 45 enfants étaient, dit l'auteur, jeunes, délicates et faibles; 29 d'entre elles étaient primipares, circonstance importante à connaître. Il y avait 34 garçons et 9 filles; le sexe de deux enfants n'a pas été noté.

25 enfants étaient venus en première position; 8 en deuxième; 1 vint par les fesses; la position des 11 restants ne fut point indiquée. L'accouchement fut naturel chez 37; anormal chez 8, dont 5 exigèrent l'emploi du forceps.

Quant à l'époque de l'apparition des tumeurs sanguines, M. Burchard la fait connaître par le tableau suivant:

1° Avant l'accouchement.

2° Pendant ou peu après l'accouchement.	24
3° Le lendemain de l'accouchement.	4
4° Le troisième jour après l'accouchement.	15
5° Le quatrième jour.	1
6° Le cinquième jour.	1
7° Le sixième jour.	1
8° Le septième jour.	1
9° Le dixième jour.	1
11° Jours non déterminés.	2

Nous avons rapporté tous ces détails, parce que la question des causes du céphalæmatome a été résolue de bien des manières différentes, et qu'il importait de bien connaître les faits sur lesquels s'appuie M. Burchard avant d'examiner ses conclusions.

De ce qu'il a pu reconnaître le céphalæmatome avant la terminaison de l'accouchement; de ce qu'il a trouvé une tumeur semblable chez un enfant extrait de l'utérus par l'opération césarienne, et de quelques autres faits semblables cités par les auteurs, M. Burchard conclut non seulement que la maladie peut exister avant la naissance, mais encore que sa cause doit résider dans une conditiou propre de structure des os et de leurs vaisseaux. Nous ne saurions adopter cette dernière opinion. Pourquoi donc admettre cette lésion des os? Est-ce que le décollement du péricrâne et l'exsudation sanguine qui en résulte ne suffisent pas? Et peut-on dire que pendant la grossesse il ne peut pas survenir des causes de décollement, telles que les pressions sur les os du bassin, surtout quand on se rappelle le peu d'adhérence du péricrâne et la vascularité de l'os? Ce n'est donc que l'observation directe, l'examen anatomique, qui peut démontrer que l'os et les vaisseaux sont malades dans ce cas. Or, nous verrons plus loin quelle est la valeur des recherches anatomiques citées à l'appui de cette manière de voir.

Le jour de l'apparition de ces tumeurs sanguines paraît bien fixé par le tableau que nous avons présenté plus haut; et cependant, en lisant les réflexions dont l'auteur le fait suivre, on voit que cette détermination pourrait bien n'être nullement exacte. C'est ainsi qu'il dit : « La tumeur sanguine du crâne que j'ai observée le dixième jour après la naissance était située sur la région frontale droite, *mais je ne puis dire avec certitude si elle n'existait pas auparavant.* » Et plus loin : « Quand il se présente des cas de tumeurs sanguines du crâne qu'on croit s'être développées après le troisième jour depuis la naissance, *il y a lieu de penser maintes fois que leur première apparition a échappé à l'attention.* » Pourquoi donc, alors, fixer aussi positivement l'époque de leur apparition? Pourquoi,

d'autre part, ne pas nous dire si les enfants étaient examinés tous les jours par une personne de l'art ? Cette partie du mémoire laisse nécessairement beaucoup d'incertitude.

Le siége du céphalæmatome a été trouvé sur le pariétal droit 30 fois ; sur le gauche 17 ; sur l'occipital 3 ; sur le frontal 1. C'est toujours à la partie supérieure de ces os qu'on trouvait la tumeur sanguine. Cette proportion est remarquable en ce qu'elle confirme toutes les observations faites jusqu'à présent, et qu'elle jette un grand jour sur la cause réelle du céphalæmatome, comme on le verra plus tard. La forme des tumeurs mérite aussi d'être considérée ; celles qui existaient sur le pariétal étaient toutes ovalaires ; celles qu'on trouvait sur le frontal et l'occipital étaient arrondies. Quelquefois on en trouvait qui, partant de l'angle lambdoïde du pariétal, s'étendaient vers l'angle frontal en formant un sinus concave dans la région de la bosse pariétale, de manière à présenter la forme d'un rein coupé par moitié. Cette forme de la tumeur s'explique très bien par l'ossification plus parfaite de la bosse pariétale, et par l'adhérence plus grande du péricrâne dans ce point, circonstance à laquelle M. Burchard ne paraît pas avoir songé. Cependant c'est une grave erreur que de croire avec l'auteur que le cépalæmatome ne s'étend jamais au-delà de la bosse pariétale ; plusieurs cas ont été fort exactement décrits, dans lesquels la bosse pariétale était comprise tout entière ; la force de l'adhérence du péricrâne avait pu être surmontée (1).

Relativement à l'existence des pulsations dans les tumeurs sanguines du crâne, M. Burchard cite une observation intéressante, mais qui manque malheureusement d'un détail fort important. Chez un enfant qui portait deux tumeurs, les pulsations existaient dans le pariétal droit ; l'autopsie fit découvrir un céphalæmatome interne du même côté, et l'auteur croit trouver dans cette coïncidence la condition de l'existence des pulsations. Il fallait, de toute nécessité, établir dans ce cas si les pulsations de la tumeur étaient ou non isochrones aux pulsations artérielles ; il fallait dire en outre s'il y avait une perforation de l'os, quelle était son étendue, et si le liquide des deux tumeurs pouvait se porter facilement de l'une dans l'autre. Tel qu'il est ce fait jette fort peu de lumière sur la cause de ces pulsations inexplicables.

L'article relatif à l'état des bords de la tumeur sanguine est très important, quoique la sensation que ce bord fait éprouver ne soit pas bien indiquée. Il résulte en effet des observations du docteur Bur-

(1) Voyez : *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. 1838.

chard que *toujours* on peut reconnaître les tumeurs de ce genre à la nature particulière de leur *bord osseux*. On sait que plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Zeller et Nægele, pensent que ce rebord n'existe pas toujours ; Busch a été même jusqu'à en nier tout à fait l'existence, mais c'est évidemment une erreur de sa part.

Le paragraphe consacré à l'état pathologique des os du crâne présente les propositions suivantes :

« 1° Le système vasculaire sanguin autour de l'os malade, la dure-mère et le péricrâne ont toujours un aspect morbide particulier, propre à la maladie qui nous occupe.

» 2° Quant à la forme et à la texture de l'os même sur lequel réside la tumeur, nous l'avons toujours trouvé dans un état évidemment pathologique, même dans les cas les plus légers.

» 3° La base des tumeurs sanguines du crâne a toujours été entourée du rebord dont nous avons parlé.

» 4° La lame profonde de la tumeur, vue à contre-jour, était recouverte d'une masse de sang coagulée ou gélatineuse ; débarrassée de cette matière, elle était raboteuse et poreuse, quelquefois même perforée.

» 5° Nous avons également trouvé la surface interne des os du crâne dans un état anormal, et dans certains cas elle était détruite comme l'externe.

» 6° Dans presque tous les sujets que j'ai disséqués, le péricrâne peut être facilement distingué et séparé de la lame interne de la tumeur que je viens de décrire.

» 7° Quand la tumeur était en voie de guérison, la face interne de la lame superficielle était recouverte de points d'ossification partant de la périphérie et gagnant le centre de l'os.

» 8° Chez les enfants qui étaient morts après la guérison de la tumeur, la lame superficielle de sa capsule, *qui n'était que la lame externe des os du crâne*, était devenue assez solide et lisse, et était recouverte par le péricrâne sensiblement épaissi.

» 9° Enfin, l'examen microscopique moutrait en général les canalicules médullaires dilatés et les fibrilles osseuses gonflées. »

Pour ceux qui connaissent les céphalæmatomes, il suffira d'un simple coup d'œil jeté sur ces propositions pour voir avec quelle légèreté la dissection des tumeurs a été faite, et combien l'auteur connait peu l'anatomie du crâne chez les nouveau-nés : deux causes des nombreuses erreurs qui se trouvent accumulées dans ce court passage. On peut répondre à l'auteur :

1° Le système sanguin autour de l'os malade a été trouvé parfaitement sain après les injections les mieux faites, et tout prouve que la source de l'épanchement est uniquement dans la rupture des nombreux vaisseaux qui rampent à la surface de l'os. La dure-mère ne saurait être malade dans les cas où il n'y a pas céphalæmatome sous-crânien, attendu qu'il n'y a aucun rapport entre cette membrane et la tumeur sanguine.

2° Des dissections attentives, dont on a donné tous les détails, ont

prouvé que l'os était parfaitement sain, à moins qu'on ne regarde comme une lésion les ossifications qui se font à sa surface, dans un but évident de guérison de la maladie.

3° Si vous avez toujours vu le rebord, comment se fait-il que vous n'ayez pas découvert son mode de formation qui est si remarquable, puisque c'est une ossification accidentelle, un bourrelet sur-ajouté à l'os, dont on peut facilement le détacher ?

4° Qu'est-ce que la lame profonde de la tumeur ? Est-ce l'os seulement? Mais alors vous n'avez pas vu la membrane de nouvelle formation qui le recouvre et qui se continue à la surface interne de ce que vous appelez la lame superficielle. Quant à la surface raboteuse et poreuse, il est évident que les ossifications accidentelles vous en ont imposé, ainsi que l'aspect rayonné des os, tout à fait normal à cet âge.

5° Vous avez trouvé la surface interne des os du crâne dans un état anormal; mais dans quel état, et dans quels cas ? Est-ce dans tous ? Le fait n'est pas possible; car, lorsqu'il n'y a qu'un céphalæmatome externe, la dure-mère conserve ses rapports avec la surface interne de l'os, qui est poreuse il est vrai, mais pour le passage des vaisseaux, proportionnellement plus nombreux et plus volumineux à cet âge.

6° La séparation et la distinction du péricrâne sont très faciles dans *tous* les cas, et il n'en peut être autrement, puisque cette membrane est, d'une part, soulevée par le sang, et, de l'autre, séparée de l'aponévrose crânienne par un tissu cellulaire lâche.

7° L'ossification de la face interne de la lame superficielle de la tumeur méritait une description détaillée. Il importait de savoir si c'est le péricrâne lui-même qui s'ossifie, ou bien la membrane accidentelle qui le tapisse.

8° Dire que la lame superficielle de la capsule de la tumeur n'est que la lame externe de l'os, est une grave erreur. L'anatomie démontre, en effet, que dans les points où se montre les céphalæmatomes il n'existe pas de lame externe; et quand même on ne voudrait pas admettre ce fait, mis néanmoins hors de doute, le plus grand nombre des céphalæmatomes ouverts n'étaient-ils pas formés uniquement à l'extérieur par les parties molles, tandis que l'os en formait seul le fond. Où était donc alors le dédoublement de l'os en forme de capsule?

9° Enfin, nous ne savons si l'examen microscopique montre les canalicules médullaires dilatés, mais nous savons très bien que sans le secours d'aucun instrument d'optique on voit les fibres rayonnées du crâne dans leur état normal : ce qui devient plus évident encore quand on les compare avec des fibres des parties environnantes.

En voilà plus qu'il n'en faut pour démontrer combien l'anatomie pathologique est faible dans ce mémoire. Au reste, on peut en dire autant de tous les travaux allemands sur le même sujet, et de là viennent sans doute les nombreuses discussions qui se sont élevées entre leurs auteurs sur les points les plus faciles à éclairer par une dissection un peu attentive. Il nous serait facile de tirer des obser-

vations même qui sont brièvement rapportées par l'auteur, des preuves en faveur de ce que nous venons d'avancer.

Parmi les méthodes de traitement proposées, M. Burchard préfère l'incision de la tumeur ; il a dans huit cas abandonné la guérison aux seules forces de la nature, et n'a point eu à s'en repentir. Malgré un certain appareil de chiffres, tout le paragraphe consacré au traitement est extrêmement vague. (Extrait de l'*Expérience*, 1838, n°s 57 58, 61, 63 par M. Valleix.)

Ponction de la vessie *dans un cas de rupture de l'urètre ;* par M. R. Smith. Le 27 novembre, M. Smith fut appelé pour voir un petit garçon, âgé de 7 ans, qui venait de tomber, les cuisses écartées, sur le bord d'un baril ouvert, de manière à se faire sur la saillie tranchante des douves une violente contusion au périnée. La lésion siégeait directement au dessous de l'arcade des pubis, au niveau du point où la portion membraneuse de l'urètre se continue avec le bulbe. La peau n'était pas lésée, mais l'extravasation sanguine, la tuméfaction dure, et surtout la suppression complète des urines qui survint peu de temps après la blessure, montrèrent bientôt que les parties profondes avaient été déchirées. Le besoin d'uriner se faisant sentir d'une manière intense, M. Baer d'abord, puis M. Smith essayèrent d'introduire un cathéter qui ne put arriver dans la vessie et donna seulement issue à du sang, et parut s'engager dans une déchirure. On pensa qu'il s'agissait d'une division de l'urètre, que du sang s'était épanché dans la plaie, et que les efforts du malade y avaient aussi poussé une certaine quantité d'urine. Mais comme la vessie n'était pas fort distendue, on crut devoir attendre l'effet des moyens antiphlogistiques : le malade fut saigné, et l'on recouvrit la partie de fomentations émollientes et anodines. Le lendemain et le surlendemain il parut aller un peu mieux ; il s'écoula quelque peu d'urine par les voies naturelles, la vessie sembla moins distendue, mais le cathéter ne put pas pénétrer davantage.

Le 30, la suppression redevint complète, et tous les symptômes réclamaient un secours immédiat. La vessie formait au dessus des pubis une tumeur dure et distincte, la fièvre et l'agitation étaient extrêmes, et toutes les 15 ou 20 minutes survenaient de violents spasmes de la vessie et des muscles abdominaux qui mettaient le malade dans une véritable agonie. Le doigt introduit dans le rectum sentait le bas-fond de la vessie tendre contre cet intestin et sur le périnée. Le cathétérisme ayant été impuissant, M. Smith se décida à pratiquer la ponction à travers le périnée par des raisons que nous examinerons tout à l'heure. Le patient fut placé sur le dos au bord du lit et maintenu fortement dans cette position ; M. Smith introduisit l'indicateur gauche dans le rectum, et plongea à travers les téguments, au centre de la ligne où l'on fait l'incision dans la lithotomie, un petit bistouri étroit. Se guidant alors sur le doigt placé dans l'intestin, il poussa l'instrument dans l'espace angulaire situé entre la racine du corps caverneux et le bulbe, de manière à longer le côté gauche de la portion membraneuse de l'urètre, et à entrer dans la vessie immé-

diatement en dehors de la prostate. Il retira ensuite le bistouri et glissa par la plaie jusque dans la vessie une petite sonde de gomme élastique. Aussitôt s'échappa librement par son pavillon un large flot d'urine qui continua jusqu'à ce que la vessie fût entièrement vidée. Le malade fut immédiatement soulagé, et les jours suivants l'urine continua à s'écouler par la sonde.

Le 3 décembre, le gonflement local ayant diminué ainsi que la douleur, on put passer dans le canal naturel une petite sonde d'argent qui fut fixée, et l'on retira celle qui était dans la plaie.

Le malade fut plus agité que les jours précédents et enleva la sonde pendant la nuit; malgré cela, et quoique la suppression d'urine se fût reproduite ensuite pendant quelques heures, l'écoulement de ce liquide par l'urètre reparut bientôt brusquement et depuis ne rencontra plus d'obstacle. La plaie se cicatrisa, et la guérison ne se fit pas attendre.

M. Smith rappelle que le numéro 38 de l'*American journal* contenait plusieurs exemples de déchirures de l'urètre, d'après lesquels on conseillait, pour les cas analogues, l'incision des parties lésées, dans le double but de donner issue aux fluides extravasés et de soulager la rétention d'urine. S'il n'a pas suivi cette méthode de traitement, c'est que la tumeur du périnée chez son malade était circonscrite, petite et sans fluctuation, et que rien n'indiquait l'accumulation d'une quantité notable d'urine ou de sang dans le périnée; d'ailleurs, n'ayant pas d'aide, il serait difficilement arrivé à l'urètre.

Si, d'une autre part, il a préféré dans ce cas aux ponctions sus-pubienne et rectale la ponction du périnée, c'est en raison du peu d'épaisseur des parties molles et de la distension de la vessie que le doigt porté dans le rectum pouvait sentir dans cette région. Chez un enfant, d'ailleurs, il n'avait pas à craindre de léser la prostate et les vésicules séminales, relativement peu développées, tandis que chez l'adulte la présence de ces organes peut faire rejeter la ponction périnéale.

(*American journal, surgical clinic.* p. 63. Novemb. 1838.)

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur (*Gangrène de la jambe par suite de la*); par M. R. Smith. — Un jeune homme âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, étant à bord d'un bâtiment, eut la cuisse fracturée près du genou, par suite de la chute d'une balle de marchandises. M. Smith le vit le cinquième jour après l'accident. Le membre reposait sur des oreillers dans la demi-flexion, et n'avait pas été entouré d'attelles. Tout le pied et la jambe à trois pouces du genou étaient dans un état complet de mortification; les parties étaient tuméfiées, couvertes de vésicules noirâtres froides, complétement insensibles, et crépitaient sous la pression. Au dessus du genou, l'on voyait un cercle

d'inflammation gangréneuse, mais il n'existait aucune ligne de démarcation entre les parties mortes et les parties vivantes. Le siége de la fracture était fort tuméfié, mais il n'y avait au dessus du genou ni inflammation violente ni désorganisation. Le pouls était bon et résistant, le système nerveux en assez bon état; l'estomac faisait ses fonctions comme dans les cas de fracture ordinaire.

D'après l'état général et l'état local des parties au dessus du genou, on pensa que la gangrène était le résultat de la lésion traumatique des vaisseaux et des nerfs, et quoiqu'elle fût encore dans un état de progression, on crut devoir pratiquer l'amputation immédiatement au dessus de la fracture. L'opération fut supportée avec courage, les lèvres du moignon réunies avec soin, et le malade guérit rapidement.

Dissection du membre. On fit au dessus de la rotule jusqu'à l'os une incision verticale qui permit de reconnaître que la fracture était à deux pouces et un quart de l'extrémité inférieure du fémur et parfaitement transversale. Le fragment supérieur était repoussé dans le creux du jarret et placé directement derrière le fragment inférieur qui le chevauchait d'environ neuf lignes. En retournant le membre on put découvrir les parties molles du creux poplité, et l'on reconnut facilement la cause des désordres qui avaient nécessité l'amputation. Au milieu de l'effusion de sang et de sérosité on trouva l'artère et la veine fémorale repoussées en arrière et comprimées sur le bord postérieur et anguleux du fragment supérieur, de manière à ce que toute circulation fût interceptée dans ces vaisseaux. (Il faut se rappeler qu'à ce niveau le fémur est large et aplati en arrière.)

Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue. D'abord, le déplacement qui a eu lieu n'est pas celui qui est généralement indiqué par les auteurs. Ordinairement c'est le fragment inférieur qui est entraîné en arrière par suite de l'action des muscles jumeaux. La seule observation où il a été porté en avant appartient à A. Cooper; mais dans ce cas la fracture était fort oblique, et tandis que l'extrémité supérieure du fragment tibial s'était portée en avant de manière à percer le muscle droit, les condyles du fémur, la rotule et le tibia avaient basculé en arrière de manière à s'enfoncer dans le jarret derrière le fragment supérieur. L'observation de M. Smith montre aussi la nécessité de réduire immédiatement les fractures, sans attendre la disparition des phénomènes inflammatoires.

(*American journ. of the med. sciences*, novembre 1838, p. 66.)

Toxicologie et médecine légale.

EMPOISONNEMENT PAR LES SELS DE PLOMB; par M. Orfila. — Peut-on reconnaître, dans un cas d'empoisonnement par les sels de plomb et de cuivre, ou de tout autre métal, si le poison a été intro-

duit dans l'estomac une heure, douze heures, deux, trois, quinze, vingt ou trente jours avant la mort? M. Orfila a résolu cet important problème par un grand nombre d'expériences sur les animaux vivants. Dans un premier mémoire lu à l'académie de médecine, il vient de faire connaître le résultat de ses recherches sur les sels de plomb. Voici les conclusions de son travail.

1° Il suffit de deux heures pour que l'acétate et l'azotate de plomb, donnés à petite dose, développent sur la membrane muqueuse de l'estomac des chiens vivants, et quelquefois même sur celle des intestins, une altération *particulière* visible à l'œil nu, et qui consiste en une série de petits points d'un blanc mat, tantôt réunis dans le sens de la longueur et formant des espèces de traînées sur les plis de la membrane, tantôt disséminés sur toute la surface du tissu. Ces points, évidemment composés de matière organique et d'une préparation de plomb, adhèrent entièrement à la membrane muqueuse dont on ne peut pas les séparer, même en grattant pendant longtemps avec un scalpel: ils fournissent instantanément et à froid, par l'acide sulfhydrique, du sulfure noir de plomb; ils sont insolubles dans l'eau distillée froide ou bouillante, décomposables à la température ordinaire par l'acide azotique faible, avec production d'azotate de plomb.

2° On remarque la même altération chez les chiens qui ont vécu quatre jours et qui n'avaient été sous l'influence des mêmes sels, aux mêmes doses, que pendant deux heures; toutefois les points blancs, évidemment moins nombreux, ne sont plus visibles qu'à la loupe; d'où il suit que, s'ils ont été en partie décomposés ou absorbés par un acte vital, il n'a pas suffi de quatre jours pour les faire disparaître complétement; en tout cas, l'acide sulfhydrique les noircit à l'instant même, et il ne faut pas plus d'une demi-heure d'ébullition avec de l'acide azotique à 30 degrés, étendu de son volume d'eau, pour former avec l'estomac et les intestins une quantité notable d'azotate de plomb.

3° En laissant vivre pendant dix-sept jours des chiens soumis à l'action de ces poisons, donnés aux mêmes doses, on ne découvre plus la moindre trace de *points blancs*, et l'immersion du canal digestif dans un bain d'acide sulfhydrique ne développe plus de points noirs, même au bout de quatre heures; mais alors encore, si l'on fait bouillir les tissus pendant une demi-heure avec de l'acide azotique à 30 degrés, étendu de son volume d'eau, il se produit une assez grande quantité d'azotate de plomb pour qu'il soit permis de conclure qu'on aurait pu retrouver une partie du plomb ingéré, même un mois après l'empoisonnement, en employant l'acide azotique.

4° Il est dès lors incontestable que le composé blanc de plomb et de matière organique qui s'était d'abord formé disparaît au bout d'un certain temps, probablement après avoir été décomposé; en tout cas, une portion du plomb qu'il renfermait reste combinée avec les tissus de l'estomac pendant un temps plus ou moins long.

5° On peut, d'après les caractères que présente l'estomac des chiens soumis pendant deux heures seulement à l'action de 36 grains d'acétate de plomb, et que l'on a laissé vivre, sinon déterminer

rigoureusement l'époque à laquelle l'empoisonnement a eu lieu, du moins indiquer approximativement cette époque; en effet, suivant que la vie des animaux empoisonnés s'est plus ou moins prolongée, on trouve dans la *première période* de la maladie des traînées et des points blancs visibles à l'œil nu; dans la deuxième période, ces points ne sont visibles qu'à la loupe et noircissent par l'acide sulfhydrique: ils sont, en outre, moins nombreux; enfin, le caractère de la troisième période consiste dans la disparition des points blancs, dans l'absence de coloration noire par l'acide sulfhydrique et dans la possibilité d'obtenir de l'azotate de plomb en faisant bouillir pendant une demi-heure l'estomac avec de l'acide azotique étendu de son volume d'eau.

6° Si la dose d'acétate de plomb était plus forte ou plus faible que celle qui vient d'être indiquée (voyez 5°), et que l'animal eût été sous l'influence du sel plus ou moins de deux heures, on observerait également les trois périodes indiquées précédemment, mais alors leur durée ne serait pas la même.

7° L'altération dont il s'agit se forme indépendamment de tout acte vital, puisqu'elle s'est développée dans un estomac détaché du corps et déjà froid.

8° Elle a été constatée une fois au bout de dix-sept jours d'inhumation et une autre fois trente-huit jours après l'exposition de l'estomac à l'air, et elle était encore tellement visible dans les deux cas qu'il n'est pas douteux qu'on ne puisse l'apercevoir plusieurs mois plus tard.

9° En admettant, avec M. Devergie, que les tissus du canal digestif à l'état normal contiennent une petite quantité de plomb, il devient très facile de distinguer si le plomb obtenu dans une expertise médico-légale provient d'un sel introduit comme médicament ou dans l'intention de nuire, ou bien s'il appartient naturellement aux tissus; en effet, dans le premier cas, la présence de points blancs semblables à ceux qui ont été décrits ne laisse aucun doute, et à défaut de ces points on acquiert la même conviction en traitant le tissu pendant une demi-heure avec de l'acide azotique étendu d'eau et bouillant, puisqu'il se forme de l'azotate de plomb, caractères que ne présenteraient jamais les tissus du canal digestif, lorsqu'ils ne renfermeraient que le plomb *normal*.

10° On chercherait à tort à résoudre ce problème de médecine légale, en s'appuyant sur les *quantités* de plomb que fournirait l'analyse; car indépendamment de l'impossibilité où l'on serait d'indiquer, même d'une manière approximative, la proportion moyenne de plomb *normal* qui existe dans ces tissus, proportion qui, pour être ordinairement faible, pourrait quelquefois être assez notable, il est une difficulté tout à fait insurmontable dans beaucoup de cas; en effet, l'observation nous apprend que souvent, dans l'empoisonnement produit par des doses de poison susceptibles d'occasionner une mort prompte, les malades peuvent tellement vomir, qu'il ne reste après la mort, dans le canal digestif, que des *traces* de la substance vénéneuse ingérée, c'est à dire des quantités à peu près égales à celles que pourrait contenir l'estomac à l'état *normal*; à quel mécompte ne s'exposerait-on pas alors, si, au lieu

de recourir aux caractères positifs et tranchés signalés précédemment, on se bornait à constater la proportion de la substance vénéneuse trouvée ? (*Annales d'hygiène et de méd. lég.* Janvier, 1839, p. 149.)

Blessures (*Recherches médico-légales relatives aux*) : détermination du temps depuis lequel une arme à feu a été tirée ; par M. Boutigny, pharmacien à Évreux. — La réponse à cette question, qu'il peut être si important de résoudre dans certains cas de médecine légale, avait paru impossible jusqu'à l'époque où M. Boutigny publia ses recherches sur ce sujet, dans le *Journal de Chimie médicale*, t. IX, p. 525, an. 1832. Il a déterminé, par une série d'expériences que nous ne pouvons rapporter ici, qu'on pouvait indiquer la date très approximative à laquelle une arme à feu avait été déchargée. Mais comme les caractères à l'aide desquels on arrive à cette détermination se tirent de l'analyse chimique de la crasse qui se trouve sur le bassinet et dans le canon de l'arme, il y avait lieu de croire que dès qu'on aurait lavé l'arme à feu après s'en être servi, on devait faire disparaître toutes les traces qui pouvaient mettre les experts sur la voie de la vérité. En effet, le lavage d'une arme à feu peut être effectué, dans certaines circonstances, pour qu'il ne reste pas de traces de l'usage criminel qui en aura été fait. Il importait donc de rechercher ce qui a lieu dans ce cas : c'est ce que M. Boutigny a été conduit à examiner dans une affaire criminelle dont il rapporte sommairement les détails. Nous nous bornerons à signaler ici les faits qu'il a constatés.

Il a reconnu que le fer des fusils ne s'oxyde qu'après un laps de temps assez considérable, lorsqu'il a été comme enduit par les résidus de la combustion de la poudre ; lors même qu'il s'oxyde, cette réaction échappe à l'œil, parce que l'oxyde se dissout, au fur et à mesure de sa formation, dans l'acide du sulfate de potasse, ou dans celui qui résulte de l'oxydation du sulfure de potassium. Il suit de là que les bourres d'un fusil doivent présenter des différences remarquables, selon que le fusil a été ou non lavé avant d'être chargé, et c'est en effet ce qui a lieu.

Les bourres d'un fusil qui n'a pas été lavé avant d'être chargé offrent toujours une nuance du noir au gris-blanc, tandis que celles d'un fusil, ou de toute autre arme en fer, lavé avant d'être chargé, présentent constamment la nuance du jaune d'ocre au rouge foncé. Cependant, lorsqu'un fusil est chargé immédiatement après avoir été lavé, et que l'on examine les bourres peu d'heures après, on remarque qu'elles ont une couleur jaune-verdâtre qui passe assez

rapidement à la couleur rouge, par suite de l'action combinée de l'air et de l'humidité atmosphériques. Les chimistes savent d'ailleurs très bien qu'il en est ainsi dans tous les cas où le protoxyde de fer est exposé au contact de l'air peu de temps après sa formation.

Si aux caractères physiques qui précèdent, tirés de la couleur des bourres, on ajoute l'absence ou la présence de l'acide sulfurique, on en conclura avec certitude ou que l'arme a été lavée, ou qu'elle ne l'a pas été avant d'être chargée. Des faits et expériences qu'il rapporte M. Boutigny tire les conclusions suivantes :

1° Une partie du soufre des poudres de chasse, de guerre et de mine, passe toujours, par la combustion, à l'état d'acide sulfurique, et par suite à l'état de sulfate en se combinant à la potasse de l'azotate.

2° L'absence de l'acide sulfurique dans la crasse d'une arme à feu démontre que cette arme a été lavée.

3° Les bourres d'un fusil ou d'un pistolet lavé avant d'être chargé offrent toujours la nuance du jaune d'ocre au rouge foncé.

4° Celles d'une arme non lavée présentent constamment la nuance du noir au gris-blanc.

5° Ces caractères, rapprochés de ceux qui ont été observés sur les fusils à silex, à bassinet soit en fer, soit en cuivre, constituent une méthode qui offre assez de certitude pour jeter quelque jour sur certaines affaires criminelles.

6° Cette méthode pourra être appliquée, après de nouvelles expériences, à déterminer combien de temps s'est écoulé depuis qu'une arme à percussion a été tirée.

7° Pour que la justice puisse tirer quelque fruit de ces recherches, il est indispensable que les magistrats prennent quelques précautions lorsqu'ils saisiront des armes à feu.

Voici ce que dit à ce sujet M. Boutigny : Il faudrait boucher les canons avec du liége et les entourer d'un papier qui serait attaché sur l'arme, cacheté et signé *ne varietur* ; il serait indispensable d'envelopper la batterie avec une feuille de papier qu'on attacherait en avant et en arrière, et qui serait également cachetée et scellée ; enfin, cette arme devrait être remise sans délai aux experts. (*Annales d'hyg. et de méd. lég.*, janvier 1839.)

Séances de l'Académie royale de Médecine.

Séance du 27 *décembre* 1838. MALADIE APHTHEUSE ÉPIZOOTIQUE. — M. Rayer lit une note sur ce sujet :

Les inoculations tentées avec le prétendu cowpox trouvé sur une vache de l'établissement de M. Poinsot à Paris, n'ont pas réussi, et la raison en est bien simple, c'est qu'il ne s'agissait pas du cowpox, mais d'une affection éruptive épizootique qui règne en ce moment parmi les bestiaux des environs de Paris, et attaque spécialement les vaches. M. Rayer met sous les yeux de l'Académie plusieurs dessins représentant cette éruption telle qu'elle se présente aux pieds, à la bouche et aux trayons des vaches. Ces dessins sont accompagnés d'une note dans laquelle M. Rayer donne les principaux caractères de cette affection : les pustules siégent spécialement sur les trayons ; elles sont aplaties et circulaires ; mais elles diffèrent du vrai cowpox en ce qu'elles ne sont pas ombiliquées, ne présentent pas un engorgement inflammatoire profond, et qu'enfin elles ne sont pas suivies d'ulcérations rougeâtres lorsqu'on vient à les irriter. Comme l'inoculation du pus renfermé dans les boutons a été sans résultat, M. Rayer se demande si cette éruption ne pourrait pas être rapprochée de certaines formes de cowpox non transmissible, et qui ont été décrites par des vétérinaires danois et hollandais. Dans des épizooties d'affections aphtheuses décrites par Sagar, Baraillon, Huzard, etc., il n'est question que des boutons de la bouche et des pieds; il n'est pas fait mention de ceux des mamelles. On avait dit (Sagar) que lorsque cette affection régnait parmi les bestiaux, les hommes étaient en même temps frappés d'une épidémie de fièvre éruptive aphtheuse. Aujourd'hui, il n'y a rien de semblable. Mais depuis quelque temps on observe beaucoup d'éruptions varioliques dans les hôpitaux. Y aurait-il corrélation?

Séance du jeudi 3 *janvier* 1839. DE L'ISOLEMENT DES PRISONNIERS. —M. Esquirol lit un rapport très favorable et très détaillé sur un grand travail de M. Moreau-Christophe, inspecteur des prisons, concernant la fréquence de la mortalité et de la folie chez les prisonniers.

Autrefois les prisonniers vivaient en commun. Mais enfin, dans le siècle dernier, on s'aperçut des abus qu'engendrait cette libre communication. La corruption atteignait bientôt ceux qui étaient entrés dans ces repaires du vice avec quelques restes d'honnêteté ; et quand on les rendait à la société, c'étaient non des hommes corrigés et repentants, mais enhardis par les leçons du crime. L'isolement

et le silence presque absolus furent proposés et reçurent leur exécution spécialement dans les États-Unis de l'Amérique du nord. Les condamnés furent enfermés séparément dans des cellules et obligés de travailler, n'ayant de communication qu'avec les chefs de la maison. Ce système adopté à Genève et à Lausane, en 1833, fut assez vivement attaqué par quelques médecins, par le docteur Coindet entre autres. Ils prétendirent que la séquestration devait nécessairement porter un trouble profond dans le physique et le moral de l'homme, et que dès lors la mortalité et la folie devaient être bien plus fréquentes chez les prisonniers que parmi les autres classes de la société. Pour réfuter ces objections M. Moreau parcourut l'Amérique du nord, et recueillit avec soin les documents les plus précieux sur l'état des prisons dans ce pays. De ces recherches il résulte que la santé et la raison des prisonniers offrent les conditions les plus satisfaisantes. Les chambres sont bien saines, bien aérées, la nourriture est abondante. En un mot les attaques théoriques des adversaires de la séquestration sont démenties par la pratique. M. Esquirol termine son rapport en proposant l'insertion de ce travail dans les collections académiques. Après une légère discussion sur quelques propositions émises dans le rapport, celui-ci est mis aux voix et adopté.

Séance du 8 janvier. — Cette séance est entièrement occupée par l'élection d'un nouveau membre dans la section de thérapeutique et de matière médicale, et par une discussion soulevée par une circonstance de cette élection. Les concurrents étaient MM. Bayle, Cazenave, Gauthier de Claubry, Jolly, Miquel et Sandras. Au troisième tour de scrutin et après un ballottage entre M. Jolly et M. G. de Claubry, le premier obtient 67 voix et le second 64. En conséquence M. Jolly est proclamé membre de l'académie.

Séance du 15 janvier. — La première partie de la séance est consacrée à quelques rapports insignifiants.

FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX. M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire de M. Belhomme concernant le tournis chez l'homme. L'auteur, s'appuyant de la pathologie vétérinaire, des expériences de M. Magendie et d'un fait qui lui est propre, croit pouvoir établir que le tournis est dû à une compression des pédoncules cérébraux. M. Bouillaud termine les considérations générales auxquelles il se livre à la suite de ce rapport, en disant que malgré les admirables progrès que les modernes ont fait faire à l'étude des fonctions du système nerveux, le sujet est à peine effleuré, et que les faits bien observés ne sont pas assez nombreux pour servir de base à une opinion bien certaine.

Ces conclusions soulèvent une assez vive discussion. Mais d'abord

M. Barthélemy donne quelques détails sur le tournis chez les animaux. Cette maladie n'est pas exclusive aux moutons ; on la rencontre quelquefois chez le bœuf, le cerf et le chevreuil. Elle est constamment produite par des acéphalocystes développés dans le cerveau : ces kystes deviennent quelquefois si volumineux qu'ils détruisent les hémisphères cérébraux et qu'on peut alors sentir la fluctuation à travers les parois amincies du crâne. Dans ces cas on a proposé la ponction : elle se fait avec un trocart, et le liquide évacué, on tâche d'accrocher les parois de la poche aqueuse pour l'emporter.

M. Gerdy s'élève contre l'expression d'*admirables* employée par M. Bouillaud pour caractériser les découvertes faites par les expérimentateurs modernes sur le système nerveux. M. Bouillaud regarde la méthode des expériences comme la méthode par excellence : qu'a-t-elle produit de si admirable ? les résultats les plus différents, les plus contradictoires : on interroge le cerveau sur les facultés intellectuelles, et l'on obtient des phénomènes de locomotion, et dans cette dernière direction même rien de si variable, de si inconstant que les effets obtenus par des expériences semblables. On a eu grand tort de regarder les expériences des physiciens comme devant servir de modèle à celles des physiologistes. Il n'y a point ici de comparaison. Ce que l'on peut conclure de plus vrai de toutes les recherches expérimentales sur le système nerveux, c'est que la loi est la discordance. — M. Bouillaud répond que ce qu'il trouve d'admirable dans les travaux des modernes, c'est la détermination des fonctions des nerfs moteurs et des sensitifs, l'appréciation des propriétés des parties antérieure et postérieure de la moelle épinière. Quant au cerveau, il ne faut s'arrêter qu'aux grandes masses : le cerveau préside à l'intelligence, le cervelet aux phénomènes de la station. Or toutes ces découvertes sont dues à l'expérimentation.

Séance du 22 janvier. Suite de la discussion précédente. — M. Gerdy commence par faire l'éloge du talent oratoire de M. Bouillaud qui sait donner tant d'intérêt aux sujets qu'il traite, puis il aborde le fond de la question. M. Bouillaud a été, suivant M. Gerdy, en contradiction avec lui-même. Si l'on a fait d'admirables progrès dans l'étude des fonctions du système nerveux, pourquoi dire que le sujet est à peine effleuré ? Mais la méthode expérimentale a-t-elle fait faire les admirables progrès qu'on lui attribue ? Il ne faut pas ici équivoquer sur les termes : la méthode expérimentale diffère beaucoup de l'observation avec laquelle on veut la confondre. Observer, c'est appliquer les sens à l'étude d'un fait, c'est examiner attentivement :

expérimenter, c'est mettre la nature dans l'obligation de répondre bien ou mal aux questions qu'on lui adresse. Cette méthode a été très anciennement employée : à Alexandrie on faisait des expériences physiologiques, Galien en a fait sur la circulation et sur le système nerveux. Mais l'expérimentation n'a pris le nom de méthode que depuis Bacon et les travaux des physiciens ; les physiologistes ont espéré avancer leur science par la même voie qui avait si bien réussi à ces derniers. M. Gerdy fait ressortir les différences qui existent entre les expériences pratiquées par les physiciens et celles des physiologistes. De là il passe à la question de la détermination des fonctions du système nerveux. Tous les auteurs sont en contradiction entre eux et souvent avec eux-mêmes. Plusieurs expérimentateurs, notamment Mayo, ont contredit les assertions de Ch. Bell. M. Magendie, dans ses ouvrages, dit que les racines antérieures des nerfs de la moelle *paraissent* plus spécialement destinées au mouvement, tandis que les postérieures *paraissent* plus spécialement liées avec la sensibilité ; et dans un second mémoire, M. Magendie avoue que le sentiment *ne réside pas exclusivement* dans les racines postérieures, *pas plus* que le mouvement dans les antérieures. Si tel est le langage du plus grand expérimentateur moderne, peut-on dire que la distinction dont on parle est réelle et incontestable ? Quant au cerveau, on s'est rejeté sur les grandes masses ; on a dit, après avoir enlevé les lobes cérébraux : l'animal est dans la stupeur. Comment peut-il en être autrement, après l'ablation d'un organe aussi important ? On a dit : le cervelet préside aux fonctions de l'équilibre, et pourtant M. Duméril a coupé la tête d'un triton qui a vécu encore six mois, marchant et courant très bien. On affirme que des oies et des canards décapités ont brusquement continué de marcher et même de nager. Des pertes de substance d'une partie de la moelle n'ont pas empêché la persistance de la sensibilité et du mouvement dans les parties situées au dessous. Que résulte-t-il de tous ces faits ! Que la science n'est nullement avancée sur le sujet en question, en un mot que les fonctions du système nerveux ne sont pas connues.

Après quelques remarques peu importantes de quelques membres, M. Londe demande que M. Gerdy veuille bien s'expliquer sur les cas de solution de continuité de la moelle épinière sans paralysie, dont il a parlé dans son discours.

M. Gerdy rappelle que Royer-Collard a trouvé un cas de ramollissement des cordons antérieurs de la moelle *dans toute l'étendue* de celle-ci, et paralysie du mouvement dans les *membres inférieurs*

seulement, les supérieurs étaient parfaitement intacts. Desault, Rullier et plusieurs autres ont rapporté des exemples de destruction partielle de la moelle sans paralysie des parties situées au dessous.

M. Blandin entre dans des détails anatomiques fort circonstanciés pour établir la distinction des nerfs en sensitifs et moteurs. Suivant lui, et ces considérations déjà mentionnées par Ch. Bell sont confirmées par ses propres recherches, les nerfs crâniens à origine antérieure sont destinés au mouvement, ceux à origine postérieure à la sensibilité; le trifacial à la fois moteur et sensitif a deux origines comme ceux du canal vertébral. Pour ces derniers, les nerfs de sa partie supérieure ont une racine sensitive très grosse à cause des fonctions tactiles qui résident dans les membres supérieurs.

M. Bouillaud, répondant à la première partie du discours de M. Gerdy, se défend du reproche d'avoir équivoqué sur les termes; il entend par méthode expérimentale l'ensemble des moyens d'observation. Il a dit qu'on avait fait des progrès admirables, parce que, suivant lui, les fonctions des nerfs ont été parfaitement déterminées par Ch. Bell, et que l'on ne viendra plus couper le nerf facial pour le tic douloureux de la face; c'est là un grand et véritable progrès. —Mais d'un autre côté le sujet n'est qu'effleuré quant à la localisation des facultés intellectuelles telle que l'entendait Gall : si l'on arrivait à cette démonstration, Gall, dit M. Bouillaud, serait plus qu'un homme, ce serait un Dieu.

Séances de l'Académie royale des Sciences.

Séance du 24 décembre. — **Effets thérapeutiques de la chaleur atmosphérique artificielle.**—M. Jules Guyot présente un nouveau mémoire sur ce sujet, pour faire suite à celui qu'il avait adressé déjà en 1835. (Voyez *Archives gén. de méd.* 2e sér. t. VIII, p. 275.) Dans la séance du 2 juillet 1838, M. Breschet a communiqué deux cas d'amputation traités par le procédé de M. J. Guyot; il a en même temps annoncé qu'il se proposait de faire avec ce médecin une série d'applications de la chaleur aux amputations. Le nouveau mémoire se compose de deux parties : La 1re comprend dix observations recueillies à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à Saint-Louis et aux Invalides; seize observations de plaies et d'ulcères faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; enfin, quatre observations de tumeurs blanches, une d'érysipèle œdémateux, et une autre d'affection nerveuse liée à un état

chlorotique. La 2e comprend les résumés et les conséquences des faits, la description des appareils propres à produire et à entretenir la chaleur sur les parties malades, et les principales règles à observer dans leur emploi. — Les principaux résultats obtenus sont :

Sur dix cas d'amputation, sept guérisons : une de bras, deux de jambe sur trois, quatre de cuisse sur six.

Sur seize cas de plaies et d'ulcères, huit ont été parfaitement guéris; quatre ont été ramenés de très grandes dimensions à de très petites ; trois ont éprouvé un progrès et une amélioration sensibles; sur un seul l'influence de la chaleur a été nulle.

Sur quatre tumeurs blanches une fut guérie, deux furent améliorées au point de permettre aux malades de marcher; une seule continua ses progrès.

Une seule application fut faite à un érysipèle œdémateux qui disparut en vingt-quatre heures.

Une seule également à une sciatique grave qui disparut en quelques jours.

Enfin, dans un cas de chlorose compliquée de phénomènes nerveux, les accidents disparurent également après quelques heures d'immersion dans la chaleur.

La température la plus convenable pour les plaies, les ulcères, les tumeurs blanches, et en général pour toutes les maladies où la chaleur a paru réussir, est celle de 36° cent. au dessus de zéro ; le meilleur combustible pour l'entretenir est l'alcool.

Le premier phénomène qui se manifeste après l'application de cette température est la disparition de la douleur. Le second est la disparition de toute inflammation, de toute infiltration sanguine, de tout œdème.

L'état général des malades en éprouve une amélioration plus remarquable encore que l'état local. La fièvre traumatique diminue ou disparaît, le sommeil est tranquille, les fonctions digestives s'accomplissent très bien.

Les plaies suppurent dans la chaleur comme dans les autres modes de pansement : aussi doit-on le considérer comme un puissant secours qui n'exclut point l'emploi de tous les moyens usités jusqu'ici pour tenir les parties malades dans l'état le plus convenable à leur guérison ; les bandes roulées, les bandelettes de diachylum, les compresses simples ou graduées, les attelles, la compression, la réunion, le nitrate d'argent, etc. Tous ces moyens et tous ceux que l'intelligence chirurgicale peut suggérer doivent être employés. La seule condition à réserver, c'est que la partie malade reste sous l'influence de la chaleur. Il convient aussi, comme l'a prouvé l'expérience, d'éviter la diète et les émissions sanguines.

Séance du 31 *décembre.* — FORME DES GLOBULES DU SANG CHEZ QUELQUES MAMMIFÈRES. — M. Milne Edwards fait, en son nom

et celui de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, un rapport sur une note de M. Mandl, relative à ce sujet.

Malpighi paraît être le premier qui ait signalé l'existence de corpuscules solides nageant dans le sang. Cependant il ne s'était pas formé une idée exacte de leur nature, et c'est principalement à Leeuwenhoeck qu'appartient l'honneur de la démonstration de cette vérité. Jurin, Senac, Muys, Fontana, Hewson, ajoutèrent ensuite de nouveaux faits à ceux constatés par Leeuwenhoeck, et rectifièrent quelques erreurs dans lesquelles cet observateur était tombé. Les recherches de Hewson méritent surtout d'être citées avec éloge, et de cette suite de travaux est résulté un ensemble de connaissances précieuses pour la physiologie. Mais vers la fin du siècle dernier le microscope eut le sort de tant d'autres choses nouvelles; après en avoir exagéré l'utilité et s'en être servi pour étayer de folles spéculations de l'esprit, on se jeta dans l'excès contraire; on en exagéra les inconvénients et les dangers; puis on en négligea presque entièrement l'emploi, et l'on ne parla qu'avec défiance des résultats obtenus à l'aide de cet instrument.

La réhabilitation du microscope aux yeux des physiologistes ne remonte pas à vingt ans, et elle n'est pas un des moindres services que MM. Prévost et Dumas aient rendus à la science par la publication de leurs recherches sur la nature et les usages du sang. Parmi les résultats curieux obtenus, par ces deux observateurs, il en est un qui, déjà entrevu par Hewson, devait surtout intéresser les zoologistes; c'est la constance de forme des globules dans les vertébrés d'une même classe. En effet, chez tous les mammifères soumis à leur examen, MM. Prévost et Dumas ont constamment trouvé que ces corpuscules étaient circulaires et ressemblaient à de petits disques marqués d'une tache centrale également circulaire, tandis que chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, ils ont toujours vu ces globules elliptiques et pourvus au centre d'une tache de même forme que leur noyau inférieur. Vers la même époque, Rudolphi annonça que le sang de plusieurs poissons, tels que la perche, la plie et la sole, a des globules circulaires; mais des observations mieux faites sont venues montrer que ce physiologiste s'était laissé induire en erreur par les altérations que ces corpuscules éprouvent sous l'influence de l'eau et de plusieurs autres agents. Dans une publication récente, M. Wagner a annoncé que chez la lamproie les globules du sang sont circulaires; mais la lamproie est un poisson si anormal, et paraît sous tant de rapports se rapprocher des animaux sans vertèbres, chez lesquels les corpuscules solides, suspendus dans le fluide nourricier, sont également circulaires, que cette exception semble s'expliquer par la nature même de l'animal, et ne pas devoir diminuer l'importance que l'on attachait aux différences de forme déjà observées chez les animaux supérieurs, entre les globules du sang des vertébrés à mamelles et des vertébrés ovipares.

Tel était l'état de la science lorsque M. Mandl présenta ses observations; il s'occupait de l'examen du sang chez divers animaux, et il avait étudié celui de plusieurs animaux dont on ne s'était pas occupé jusque-là sous ce rapport; tels sont le papion, la guenon, le sajou, le coati, le kakajou, l'éléphant, le tapir, l'hémione, le cerf, le dromadaire et l'alpaca; ces deux derniers seulement lui ont offert des globules elliptiques Comme il n'existe pas d'autres espèces appartenant à la petite famille anormale des caméliens, M. Mandl n'a pu s'assurer si cette exception, comme il y a lieu de le croire, s'étend à toute la famille.

Les commissaires ont répété, avec M. Mandl, ces deux observations et en ont reconnu l'exactitude. Chez les dromadaires des deux sexes, ainsi que chez l'alpaca, les globules du sang sont, en effet, elliptiques; leur grand diamètre est d'environ 1/235, et leur petit de 1/230. Ces corpuscules sont, comme on le voit, plus petits que ceux d'aucun oiseau, reptile ou poisson connu, et se rapprochent, par leurs dimensions, des globules sanguins des autres mammifères. La tache centrale elliptique qu'ils présentent paraît aussi résulter d'une dépression plutôt que de la présence d'un noyau saillant; enfin il est aussi à noter que le sang de ces animaux, de même que celui des autres mammifères, charrie, outre ces globules rouges, quelques corpuscules blancs et arrondis, d'un volume plus considérable, que M. Mandl croit être formés de fibrine.

Chez les bœufs, les moutons, les chèvres, les antilopes et les cerfs, les globules sont circulaires; en est-il de même pour la girafe, qui, à certains égards, se rapproche davantage des chameaux? Les globules sanguins pris chez cet animal n'ont offert rien de particulier.

Pensant que le sang des marsupiaux pourrait, de même que celui des caméliens, offrir quelque anomalie, les deux commissaires l'ont également examiné chez un kangouroo à moustache. Mais ici encore les globules sont circulaires. Il serait bien à désirer, poursuivent les commissaires, que les naturalistes ne laissassent échapper aucune occasion pour compléter nos connaissances sur la forme, les dimensions et la structure des globules du sang; car une exception à une règle en apparence aussi bien établie que celle relative à la constance de cette forme, dans chacune des classes d'animaux vertébrés, peut faire supposer qu'il existe d'autres anomalies semblables, et c'est peut-être à l'aide de ces cas exceptionnels que l'on parviendra à saisir les rapports qui doivent bien probablement exister entre les caractères physiques de ces corpuscules et d'autres particularités de l'organisation. Il semblerait surtout important d'examiner, sous ce rapport, le sang des monotrèmes, des édentés, des phoques et des cétacés, parmi les mammifères; celui des crocodiles, des sirènes et des axolotls, parmi les reptiles; et, parmi les poissons, celui des bonites, dont la température, suivant M. J. Davy, se rapprocherait de celle des animaux à sang chaud. Si, dans cette

liste, disent les commissaires, nous omettons les casoars et les autruches, qui, de tous les oiseaux, sont les plus anormaux, c'est que nous nous sommes déjà assurés que, sous le rapport de la forme et des dimensions des globules sanguins, ces animaux ne diffèrent en rien de tous ceux de la même classe déjà observés par les micrographes. Ces corpuscules sont effectivement elliptiques et ont paru avoir, chez le casoar de la Nouvelle-Hollande, environ 1/70 de millimètre sur 1/133, tandis que chez le nandou ils sont peut-être un peu allongés, car la moyenne a donné 1/75 de millim. sur 1/133.

Après la lecture de ce rapport, M. Magendie exprime le regret de ce que les commissaires n'aient pas étudié les globules après les avoir isolés par les moyens connus, afin de tâcher d'obtenir quelque notion sur leur épaisseur et leur forme générale. M. Magendie aurait aussi souhaité que l'on profitât de l'inspection des nouveaux globules pour tâcher d'acquérir quelques nouvelles données sur l'existence ou la non-existence du noyau central dans les globules sanguins des mammifères.

M. Magendie parle ensuite d'expériences qu'il a faites récemment, et qui sont consignées dans le 4e volume de ses *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.* Dans ces expériences, des globules circulaires ont été injectés dans les veines d'animaux à globules elliptiques, et réciproquement. Dans tous les cas les globules introduits ont disparu ou du moins sont restés inaperçus dans les recherches qui ont été faites à cet égard avec d'excellents instruments. Il semble donc que la forme des globules est intimement liée avec l'organisation des animaux, bien que nous soyons encore dans une ignorance absolue relativement au rôle que jouent les innombrables globules qui existent d'une manière si constante dans la plupart des animaux.

Séance du 7 janvier. — STRUCTURE INTIME DES POUMONS DES MAMMIFÈRES. — M. Duvernoy communique à l'Académie le résultat de ses recherches sur ce sujet, résultat qui doit être consigné dans le tome IV de son édition des *Leçons d'Anatomie comparée* de Cuvier.—M. Duvernoy termine cet extrait, dans lequel il rapproche et apprécie les travaux de Reissessen de MM. Magendie, Rathke, Bazin et Bourgery, par le résumé suivant.

Les préparations des poumons de divers mammifères m'ont démontré de nouveau, comme en 1804 :

1° La disposition ramifiée des canaux aériens, jusqu'à leurs dernières divisions;

2° Leur terminaison en cul-de-sac, dont la surface reste libre et assez étendue pour être enlacée dans tout son pourtour par plusieurs

filets creux, faisant partie du réseau des vaisseaux sanguins respirateurs;

3° Que les parois de ces culs-de sac sont assez fortes pour contenir les injections au mercure, mais qu'elles se dilatent un peu par le poids de ces injections, et donnent l'apparence vésiculeuse à ces terminaisons des canaux aériens;

4° Que ces ramifications semblent varier beaucoup en longueur et en diamètre relatif, suivant les espèces et surtout le genre de vie;

5° Qu'elles m'ont paru plus longues, plus déliées, mieux séparées dans les jeunes sujets; plus courtes, plus grosses, plus rapprochées dans les sujets adultes;

6° Qu'elles se raccourcissent et se dilatent beaucoup dans les mammifères plongeurs, au point qu'elles ne semblent plus que des cellules rondes des avant-derniers rameaux; ce qui rapproche cette structure de la forme celluleuse des poumons des reptiles;

7° Que dans ce cas le poumon semble avoir plus de capacité pour l'air et moins pour le sang : aussi les mammifères plongeurs ont-ils tous, hors des poumons, des réservoirs de ce fluide, pour les cas où son passage à travers les vaisseaux sanguins de ce viscère est embarrassé;

8° Les préparations que j'ai fait faire montrent de plus l'arrangement en réseau des vaisseaux sanguins respirateurs, enveloppant dans leurs filets les derniers ramuscules aériens.

Il est facile de concevoir et de démontrer encore, par le raisonnement, le but et l'utilité de cette organisation intime des poumons dans les mammifères, manifestés par l'observation directe.

A. Les vaisseaux sanguins respirateurs, destinés à mettre le sang en contact médiat avec l'air, devaient être réduits le plus possible dans leur diamètre, afin de diviser le fluide nourricier et de multiplier son action sur le fluide respirable et réciproquement, sans toutefois que ces vaisseaux deviennent imperméables aux globules sanguins, qui ont au moins dans l'homme $1/_{300}$ de ligne de diamètre, et dont le diamètre moyen est de $1/_{280}$ suivant MM. Dumas et Prévost, et de $1/_{330}$ suivant M. R. Wagner.

B. Il fallait encore que les canaux aériens, conduisant l'air à la rencontre du sang, fussent assez divisés pour multiplier suffisamment leur surface, dont l'étendue devait être proportionnée au nombre des mailles du réseau des vaisseaux sanguins.

C. La disposition qui laisse libre les dernières ramifications de ces canaux donne plus d'étendue à leur surface respirable, que si ces ramifications avaient entre elles de fréquentes anastomoses.

D. On conçoit enfin que cette nécessité de multiplier les surfaces des capacités aériennes est la seule cause de leurs divisions, et que les canaux aériens n'avaient pas besoin d'atteindre, pour diviser l'air respirable, le très petit diamètre des vaisseaux sanguins, qui

était indispensable pour diviser le liquide respirant, et multiplier les points de contact du sang avec l'air atmosphérique.

Séance du 21 janvier. — **Nerfs du goût** (*Recherche sur les*). — MM. Jules Guyot et Casalis font connaître les résultats des expériences qu'ils ont entreprises pour déterminer le rôle des trois nerfs hypoglosse, lingual et glosso-pharyngien, relativement à l'exercice du goût et à la perception des saveurs. (*Voy.* un mémoire de M. J. Guyot sur ce sujet, *Archiv. gén. de Méd.*, 1837, 2e série, tome XIII, p. 51.)

On sait que le sens du goût réside presque exclusivement dans la base de la langue, sa pointe, ses bords et une petite partie du voile du palais immédiatement au-dessus de la luette. La base de la langue perçoit mieux les saveurs que la pointe, la pointe mieux que les bords, les bords mieux que le voile du palais. La base de la langue connaît des saveurs que la pointe n'apprécie point, et réciproquement la pointe de la langue trouvant une certaine saveur (acide, par exemple) à un corps composé, la base peut lui trouver une saveur tout opposée.

A quels nerfs attribuer l'existence de ces faits? Quatre seulement se distribuent aux organes gustateurs : l'hypoglosse, le lingual, le glosso-pharyngien et les branches palatines du ganglion de Meckel; leurs propriétés peuvent donc être solidaires. Cette supposition, déjà faite, a donné lieu à des recherches expérimentales, dont les plus remarquables sont dues à M. Magendie. Tout le monde connaît sa belle expérience de la section de la cinquième paire, dont une conséquence est la destruction du goût. On connaît aussi les recherches faites en Italie par M. Panizza, et en Angleterre par M. Alcok sur les propriétés spéciales du nerf hypoglosse, celles du nerf lingual et celles du glosso-pharyngien. Ces deux physiologistes n'étant pas arrivés aux mêmes conclusions, il était nécessaire de répéter leurs expériences : c'est ce qu'ont fait MM. Guyot et Casalis. Leurs observations dans le plus grand nombre des cas s'accordent parfaitement avec celles de M. Alcok. Voici, au reste, ce qu'ils ont trouvé :

1° Que le glosso-pharyngien, mis à découvert à la sortie du crâne en arrière de l'hypoglosse, dont il est séparé par la carotide, est extrêmement sensible lorsqu'on le tiraille, qu'on le pique ou qu'on le coupe; qu'il entraîne alors des mouvements convulsifs de la base de la langue et du pharynx; que sa section entraîne une grande altération dans la déglutition; qu'elle n'abolit point le sens tout entier; qu'elle permet à certaines saveurs très mauvaises de passer inaperçues, tandis que d'autres, même beaucoup moins déplaisantes, sont très bien distinguées;

2° Que le lingual est aussi très sensible à la piqûre, aux tiraillements, etc., mais sans qu'il en résulte de mouvements convulsifs; que sa section entraîne l'abolition de la sensibilité tactile de la langue et de ses facultés gustatives dans ses trois quarts antérieurs;

mais que si l'on pince ou cautérise la base, la sensibilité s'y manifeste, et des efforts de régurgitation sont produits ;

3° Que l'hypoglosse est peu sensible aux pincements et tiraillements ; mais que ces actes entraînent des mouvements convulsifs de la langue, que la section de ces nerfs paralyse entièrement les trois quarts antérieurs de la langue en y laissant persister le goût et la sensibilité.

BULLETIN.

—

Quelques mots sur Broussais, à propos de la Notice historique sur sa vie et ses opinions médicales et philosophiques *par* H. de Montègre.

Nous avons dit dans un précédent numéro que le temps n'est pas encore venu où l'on peut apprécier à sa juste valeur les travaux de cet homme qui, après avoir jeté tant d'éclat, et soulevé tant de passions, est venu mourir dans une chaire de cette école qu'il avait tant et si violemment attaquée. Il faut attendre que l'émotion causée par sa mort, parmi ses partisans et parmi ses antagonistes, se soit calmée. Quand les uns et les autres seront assez froids pour se contenter de la vérité toute nue; quand la voix de l'amitié aura cessé de faire entendre ses justes regrets ; quand on pourra supposer que tout esprit d'opposition ou d'approbation enthousiaste a disparu pour faire place à l'esprit d'examen; quand en un mot le jour de l'histoire sera arrivé, nous tournerons nos regards vers cette époque d'agitation et de polémique, où lon vit apparaître et grandir l'école médicale dite physiologique, dont Broussais fut le chef.

Cette époque, qui jusqu'à ce jour n'a guère été étudiée qu'avec partialité ou prévention, est, sans contredit, une des plus instructives de la médecine. C'est celle, en effet, où la science médicale a fait les plus grands progrès. Quelle est la part qui revient à Broussais dans ces progrès incontestables? C'est là la grande question qu'on a cherché si souvent à résoudre, et toujours sans succès. C'est qu'il ne s'agit pas seulement de recueillir de vagues souvenirs, de se rappeler les impressions générales produites par les écrits de Broussais aux jours de son triomphe; c'est qu'il ne s'agit pas même de discu-

ter quelques points de la doctrine physiologique, et de citer quelques passages plus ou moins frappants des ouvrages du maître. Il faut descendre dans les détails; il faut, les ouvrages de l'époque sous les yeux, voir où Broussais prit la science et où il la laissa; il faut voir si ses préceptes généraux sont en harmonie avec les faits particuliers, si les inductions qu'il en a tirées sont justes, ou fausses, ou exagérées.

Ce travail demande donc une analyse complète des ouvrages de Broussais et de ses antagonistes, aussi bien qu'une entière indépendance d'opinions. Aussi n'attachons-nous pas une grande importance à tous ces discours funèbres, dont nous respectons, au reste, le caractère honorable et presque sacré. Une bonne appréciation de l'homme aurait été, dans ces discours, non seulement impossible, mais hors de toute convenance. La notice historique de M. Montègre a-t-elle plus de valeur? Non, à notre avis; c'est l'œuvre d'un ami qui veut offrir un hommage à un ami; ce n'est point le jugement d'un homme froid et sévère. Nous sommes loin d'en faire un reproche à l'auteur, et nous ne critiquons pas sa notice. Nous voulons seulement ici, après avoir dit quelques mots du dernier écrit de Broussais, de cette profession de foi qui, après avoir causé une sensation passagère, est déjà presque oubliée, présenter, ainsi que l'ont fait plusieurs de nos confrères, quelques aperçus généraux sur la vie scientifique de son auteur.

On lit ces mots en tête de l'acte singulier que Broussais a appelé sa profession de foi :

Ceci est pour mes amis, mes seuls amis.

C'est, comme on le voit, faire bon marché des recommandations d'un mourant, que de livrer ainsi à la publicité un écrit destiné à ses seuls amis. Nous ne savons par quels raisonnements l'historien de Broussais est parvenu à se persuader qu'il devait passer outre. Peut-être a-t-il pensé que ce serait spolier le public que de le priver de cette pièce authentique.

Pour nous, nous attachons moins d'importance à ces dernières paroles prononcées sur le lit de douleur, et si nous voulons connaître les opinions philosophiques de Broussais, nous aimons mieux les chercher dans son traité de l'irritation et de la folie, que dans quelques lignes qui n'en sont qu'un faible résumé. Si Broussais s'était contenté de s'en rapporter à ce qu'il avait dit dans son ouvrage, il eût, selon nous, fait en deux mots une meilleure profession de foi que celle qui a été publiée par M. Montègre. En admettant qu'un

homme, par un acte échappé à sa main défaillante, peut sanctionner les opinions qu'il a défendues toute sa vie, on admet aussi, implicitement, qu'il pourrait les renier de la même manière. C'est, selon nous, une porte ouverte à trop d'abus, et qu'il importe de fermer pour toujours.

Dans le récit que nous fait M. Montègre des premières années médicales de Broussais, on voit que l'éducation scientifique de ce novateur n'a pu être, quoi qu'en dise son historien, véritablement solide. Ce n'est point dans les déplacements continuels qu'il éprouva, dans l'agitation et dans le tumulte des camps, qu'un médecin peut étudier attentivement les phénomènes de la nature; c'est ce qui explique comment Broussais, dans les ouvrages qui ont eu le plus de succès, et notamment dans ses *Phlegmasies chroniques*, présente ses observations avec un désordre et une appréciation inexacte des symptômes, dont on est étonné. Mais aussi, dès ses premières années, nous reconnaissons, à des signes certains, que le chef futur de la *médecine physiologique* n'ira pas, avec tant d'autres médecins d'armée, user toute son activeté dans le traitement de ses nombreux malades, et que la passion de la science ne se laissera pas étouffer par les devoirs de l'art.

Cette activité extrême de Broussais, ce besoin de publicité, cet irrésistible entraînement à faire connaître et à faire dominer ses opinions est certainement le trait le plus saillant de son caractère. Joignez à cela l'esprit querelleur (1) qu'il montra dès son enfance, et vous aurez l'ardent chef de secte à qui la polémique était aussi nécessaire que l'air qu'il respirait. Quelle époque mieux choisie, pour un homme de cette trempe, que celle où il apparut dans le monde médical? On sentait, plutôt qu'on ne voyait, s'opérer une réforme dans les idées scientifiques; à force de répéter que la médecine était une science d'observation, on commençait à donner plus à l'observation et moins à la théorie; les connaissances anatomiques avaient déjà jeté de nouvelles lueurs sur les inflammations des divers tissus dans les maladies fébriles; mais les esprits ne s'éclairaient que bien lentement, parce que parmi les hommes éminents en médecine il n'en était aucun qui osât, ou plutôt qui pût rompre ouvertement avec le passé. D'un autre côté, que d'opinions métaphysiques, sans rapport avec les faits, nées de la spéculation pure, étaient vénérées comme autant d'oracles sacrés! Il fallait un homme

(1) M. de Montègre nous apprend que déjà au collége Broussais avait donné de nombreux signes de l'étrange alliance qu'on a toujours remarquée en lui : un esprit bouillant et *querelleur* avec un cœur sensible.

audacieux, un dialecticien habile, un écrivain entraînant, pour renverser le vieil édifice; Broussais se présenta.

S'appropriant les faits qui germaient sourdement dans la science, les fécondant à sa manière, et leur faisant produire un système tout nouveau, il défia les médecins métaphysiciens ou *ontologistes*, pour me servir d'une expression qui lui était familière. Le succès ne pouvait être douteux, car d'un côté on trouvait un homme appuyé sur des principes vrais, quoiqu'il les poussât jusqu'à l'erreur par la généralisation, et qu'il se trompât souvent dans l'observation particulière, un homme qui parlait un langage net et précis, un homme qui invoquait l'anatomie pathologique qu'il chercha à déprécier depuis; et de l'autre, on voyait les défenseurs des vieilles théories s'enveloppant dans le langage obscur de cet ontologisme si rudement combattu par Broussais.

Telle fut la polémique à son début, tant qu'il ne fut question que d'opinions générales, et tant qu'on voulut défendre contre l'auteur de ces *phlegmasies chroniques*, trop vantées et trop peu connues, la doctrine des fièvres essentielles. Mais lorsque la première effervescence fut calmée, lorsqu'au lieu de disputer sur les principes en supposant les faits, on étudia les faits pour remonter aux principes, lorsqu'en un mot l'école de Paris, telle qu'elle existe aujourd'hui, se fut solidement constituée, l'expérimentation et l'observation commencèrent à livrer de rudes assauts à Broussais. Ce ne fut plus pour des idées générales que l'on combattit; on fit, pour ainsi dire, une guerre de détails, et ce sont les détails qui étaient le côté faible de Broussais. On vit sur quelques points, puis sur un plus grand nombre, puis sur presque tous, que ce novateur, partant d'un fait général vrai, n'était guère, dans l'application, arrivé qu'à des erreurs. Dès lors, le conquérant se vit forcé de battre en retraite; on le vit reculer, céder une à une toutes ses positions, et enfin aller tomber dans cette école de médecine qui lui ouvrit son sein pour le dévorer. Oui, on peut le dire, c'est l'expérimentation et l'observation qui ont tué Broussais, comme elles tueront tous les faiseurs de systèmes, lorsqu'elles seront entre des mains habiles et exercées.

Voilà quelle a été, selon nous, l'existence scientifique de cet homme dont l'histoire conservera le nom, mais qui n'a fait faire de progrès réels à la science que par l'activité nouvelle et prodigieuse qu'il a fait naître dans les esprits. L'auteur de la notice historique est loin de voir les choses comme nous, nous ne l'en blâmons pas; mais regardant cette appréciation générale comme l'expression pure et simple de la vérité, nous la donnons avec franchise et indépendance.

Nous ne parlons pas du talent avec lequel Broussais a défendu ses nouvelles doctrines. Qui pourrait le contester? Certes, il serait insensé celui qui prétendrait qu'un homme qui, pendant dix ans, a tenu en haleine toute une génération scientifique, qui a fait retentir son nom dans les deux mondes, et qui a excité tant de passions diverses, n'était pas un homme d'une haute intelligence. Mais que peut, dans les sciences de faits, le talent qui ne s'appuie pas sur les faits, ou qui n'invoque que des faits inexacts et mal observés? Pour nous, la meilleure preuve que Broussais observait mal, c'est qu'il a fait un système. Un système, bon Dieu! et avec quoi? Ce n'est évidemment qu'avec son imagination, car comment l'observation aurait-elle pu ainsi défricher en un clin d'œil tant de portions incultes du vaste champ de la science?

Cependant M. Montègre dit que Broussais avait l'organe des faits. Ceci rappelle que,

Voulant du nouveau, n'en fût-il plus au monde,

Broussais s'était, dans ses derniers jours et comme en désespoir de cause, jeté dans la phrénologie. On conçoit dès lors qu'il a dû se donner les organes de ses qualités et de ses défauts, organes qui lui sont maintenus après sa mort par ses amis. Rien de mieux. Admettons donc que Broussais avait l'organe des faits; la question est toujours de savoir s'il s'en est bien ou mal servi.

Que dire, maintenant, de la manière dont Broussais a compris la discussion scientifique? Bornons-nous à constater que ses amis mêmes déplorent quelques uns des écarts auxquels il s'est livré. Il les déplora lui-même, lorsqu'en butte à des attaques multipliées il dit en pleine académie: « Respectons les convictions; n'abusons pas du sarcasme; j'en ai abusé moi-même quand j'étais jeune; je m'en repens aujourd'hui. » Pour nous, tout en reconnaissant que Broussais a dépassé trop souvent les bornes de la polémique, nous lui rendons cette justice qu'il a voulu la liberté de discussion pour les autres comme pour lui. Nous ne l'assimilons pas à ces hommes qui, ayant sans cesse à la bouche le mot de *libre discussion*, le font servir à protéger leurs plus condamnables licences, et qui ensuite abusent de leur position pour étouffer la plus loyale critique dès qu'elle s'adresse à eux. A ceux-là le mépris qui leur est dû, comme aux lâches qui les souffrent et qui les craignent.

Nous ne suivrons pas l'auteur de la notice historique jusqu'aux derniers moments de Broussais; c'est assez de l'avoir conduit au terme de sa vie vraiment scientifique. Nous avons exprimé une opinion générale sur cet homme dont le passage sera toujours un évé-

nement mémorable pour la science; nous l'avons fait avec indépendance et impartialité. Plus tard nous entrerons dans les détails, et nous aborderons des questions encore brûlantes; nous verrons comment il observait les faits, comment il les interprétait, et comment il les faisait servir à étayer ses idées générales. Mais ce travail, nous le répétons, a besoin d'être mûri par le temps. VALLEIX.

NÉCROLOGIE. — MORT DE L. DE LA BERGE.

Ce n'est point sans une douloureuse émotion que nous annonçons la mort de notre collaborateur, Louis de La Berge, bien que ce triste événement fût dès longtemps prévu. Nous n'avons pu, jusqu'au dernier moment, nous résigner à voir s'éteindre une vie scientifique si jeune et si ardente, et à voir tomber tant d'espérances. Aujourd'hui nous n'avons plus qu'à rendre un dernier hommage à ce jeune médecin si estimé et si digne d'estime.

La vie de Louis de La Berge a été une vie toute de travail. Ceux qui connaissaient la multitude des travaux qu'il avait entrepris, avaient peine à comprendre comment même une forte organisation aurait pu y suffire, et ne pouvaient s'empêcher de trembler pour cette frêle constitution, minée par une longue maladie. Dès les premières années de son internat, il se livra à des études assidues, qui en avaient fait, bien jeune encore, un des hommes les plus instruits de notre époque. Ce fut pendant qu'il était interne qu'il commença ses publications dans le Journal hebdomadaire, où l'on trouve plusieurs articles de lui, et entre autres ses mémoires sur la pneumonie des nouveau-nés et sur le choléra.

Il fut ensuite chef de clinique à la Faculté de médecine, et reçu agrégé dans l'avant-dernier concours. Sa plus importante publication est le Compendium de médecine pratique qu'il faisait de concert avec son collègue et ami M. Monneret (1). C'est là qu'il a mis en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait péniblement amassés, c'est pour cet ouvrage qu'il multipliait encore ses recherches, lorsque la mort est venu nous l'enlever. Quant à nous, sa collaboration n'a pu guère nous être utile; nous nous l'étions associé trop tard.

Il a succombé à l'âge de 32 ans, aux progrès d'une phthisie pul-

(1) Depuis longtemps les progrès de la maladie empêchaient L. De la Berge de travailler activement au *Compendium*; M. Monneret a composé seul les dernières livraisons; en sorte que la publication de cet utile ouvrage ne peut être interrompue.

monaire, dont il avait éprouvé les premiers symptômes il y a déjà plusieurs années. Il est mort avec le plus grand courage, recommandant, trois jours avant sa mort, que son corps ne fût point présenté à l'église; ordonnant qu'on l'enterrât dans le petit cimetière de Saint-Mandé, sans pompe, sans discours, et en présence de ses seuls amis intimes.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'application de la chimie organique à l'étude physiologique du sang de l'homme, et à l'étude physiologico-pathologique, hygiénique et thérapeutique des maladies de cette humeur; par le docteur P.-S. DENIS, de Commercy, etc.— In-8° de 366 pages. Chez BÉCHET jeune, place de l'École-de-Médecine.

Il y a huit ans M. Denis publia, en un volume, ses premières recherches sur le sang. Elles avaient déjà fait l'objet d'un mémoire mentionné honorablement par l'Académie des Sciences, en 1829, mémoire qui renfermait une foule de résultats chimiques sur l'humeur sanguine, considérée à l'état sain, et donnait les inductions anatomiques et physiologiques que l'examen de ces résultats permettait de tirer. Jusqu'à l'époque dont il s'agit, on n'avait pas encore fait une analyse complète du sang où les parties constituantes de ce fluide fussent établies dans leurs proportions relatives, et surtout on n'avait pas essayé de répéter cette analyse un grand nombre de fois et dans diverses circonstances d'âge, de sexe, etc., pour parvenir à décrire les fonctions que remplit le sang chez l'homme vivant. En effet, les seules recherches que nous possédions, outre celles de M. Denis, sont de M. Le Canu, et elles ne datent que de 1831. M. Denis a donc le mérite incontestable d'avoir ouvert, avec talent, dès 1828, une nouvelle carrière chimico-physiologique sur le saug. Aujourd'hui il continue à la parcourir avec un succès soutenu, comme nous allons le voir par l'examen de sa récente publication. Il y étudie non seulement le sang sain, mais aussi le sang malade. De tels travaux sont d'autant plus opportuns que l'humorisme vient, avec l'applaudissement général, se réunir peu à peu au solidisme, dont le règne exclusif a duré trop longtemps en médecine.

C'est, comme il l'avait déjà fait dans son premier ouvrage, en appliquant les résultats chimiques obtenus dans le laboratoire, que l'auteur cherche à éclairer le mécanisme de l'organisation vivante. Pour lui, il n'y a qu'un seul ordre phénoménal dans la nature, et cet ordre est soumis aux lois générales qui sont communes à tous les corps, soit inertes, soit animés. Ces derniers doivent, sans aucun doute, la vie à un principe qu'on peut appeler vital, mais dont l'u-

nique action est d'exciter, de diriger dans les corps qu'il anime, les forces physiques et chimiques inhérentes à la matière, sans en intervertir ni dénaturer les effets. Quant aux lois particulières de ce principe, elles sont du domaine de la psychologie et de la métaphysique. La physiologie positive, selon M. Denis, repose donc entièrement sur les données de la chimie et de la physique. Comme la privation de la vie n'occasionne point de modification immédiate dans le matériel de l'organisation ; que le cadavre n'est qu'une machine en repos qui fonctionnait naguère ; qu'il conserve tous les rouages, tous les ressorts de l'être vivant, moins la cause secrète de son activité détruite, il est permis, toujours selon M. Denis, de regarder l'ensemble des produits de sa décomposition physique et chimique opérée par l'art comme la représentation fidèle de l'état matériel de l'individu doué de vie, et d'admettre que la mort laisse aux tissus et aux humeurs les propriétés chimiques qui, en exercice sous l'influence vitale, donnaient lieu aux fonctions organiques diverses. Il suit de là que les recherches de la chimie peuvent seules faire découvrir l'organisation intime, et nous instruire des réactions à courtes distances qui s'exécutent pendant l existence des êtres animés. Alors, d'après ces vues, il faut définir la physiologie, la connaissance de la structure physique et de la composition chimique des organes et de leurs humeurs, ainsi que des effets chimiques et physiques qu'on observe chez l'individu, pendant que ces effets sont sollicités par l'influence vitale. La pathologie et la thérapeutique n'auraient conséquemment, l'une qu'à étudier des instruments ou des réactions physico-chimiques viciés, et l'autre qu'à rectifier ces instruments par des moyens également physico-chimiques.

Quel que soit l'avenir de cette manière de considérer les faits et leur enchaînement, contre laquelle beaucoup de physiologistes et de médecins s'élèvent avec aigreur, elle commence à gagner du terrain à mesure que les sciences d'expérimentation se perfectionnent, à mesure surtout que le besoin d'idées exactes et de connaissances positives se fait sentir. Nous ne chercherons pas à la discuter ; le moment n'est pas venu de la juger en dernier ressort. Il est probable que la lutte entre les physiologistes vitalistes purs et les physiologistes physiciens va s'engager plus forte que jamais. Nous le dirons ici : c'est aux premiers, s'ils veulent combattre dignement leurs adversaires et ne pas repousser des arguments expérimentaux par des déclamations furibondes, c'est à eux de se livrer à l'étude des sciences accessoires auxquelles ils sont d'ordinaire étrangers. Alors, aux faits dont s'appuient les physiologistes physiciens, ils opposeront des faits de même ordre. Cette lutte a déjà eu ceci d'utile, qu'on a reconnu dans l'enseignement la nécessité de l'étude des sciences physico-chimiques et de leur application à la physiologie et à la médecine. Aussi des chaires de chimie organique viennent-elles d'être fondées dans nos Facultés.

Dans une première partie de ses Essais, M. Denis se livre à des recherches de chimie sur le sang de l'homme ; il y fait l'étude de cette humeur considérée hors du corps. Pour cet objet, il examine successivement les substances dont le sang est composé, et les procédés employés pour en extraire, ou seulement pour estimer, dans l'ana-

lyse, celles qui doivent être regardées comme immédiates. Ces recherches très étendues, toutes chimiques, ne sont pas médicales; nous les passons sous silence: M. Denis a donné trop de preuves de son habileté dans ce genre de travail pour que nous ne croyions pas ses résultats satisfaisants. Remarquons seulement qu'il y démontre que la fibrine et l'albumine ne sont qu'une seule et même substance; que les sels du sang jouent un rôle très important dans cette humeur et dans les organes; que la matière jaune biliaire, évidente dans les fluides et les individus attaqués de jaunisse, existe aussi dans le sang sain; que les globules ont un noyau albumineux, etc. Cette partie est terminée par l'exposé de la méthode d'analyser le sang et par l'examen des moyens accessoires propres à la rendre aussi exacte qu'il est possible dans l'état actuel de la science.

La seconde partie expose les inductions fournies par les recherches précédentes. Le sang y est étudié pendant la vie, lorsqu'il circule. La chimie se trouve ainsi appliquée à la physiologie de cette humeur, à sa physiologie pathologique, à sa thérapeutique et à son hygiène.

L'auteur détermine d'abord quelle doit être la composition du fluide sanguin chez l'homme sain, et il établit la théorie des phénomènes moléculaires qui y ont lieu durant l'exercice des fonctions. Dans ce but, il donne l'analyse du sérum et celle des globules; il prouve que de leur mélange en diverses proportions résultent les variétés du sang sain; que les globules et le sérum ont constamment une composition respectivement identique. Il les suit dans le corps; il induit des réactions étudiées dans le laboratoire celles que leurs substances constituantes doivent avoir au sein de l'économie vivante. C'était là une tentative entièrement neuve, et le docteur Denis l'a faite avec bonheur.

Il entreprend ensuite le même travail sur le sang malade. Après un coup d'œil sur les maladies de ce fluide en général, il établit quelle est la composition du sang couenneux, du sang lie de vin, du sang incoagulable, du sang épais, du sang aqueux, du sang des ictériques, du sang à sérum incolore, du sang blanc et du sang des cholériques. La plupart des faits qui démontrent cette composition appartiennent à M. Denis, et sont une suite de découvertes intéressantes pour la science.

L'examen des phénomènes qui semblent résulter du sang dans un état d'altération conduit l'auteur à des considérations sur la formation de la couenne qui recouvre quelquefois le sang, sur le croup, sur l'affection typhoïde, sur le scorbut, sur la pléthore, l'anémie, l'ictère, le choléra, etc.

Viennent enfin des conséquences théoriques fort ingénieuses sur l'emploi des moyens propres à maintenir le sang dans son état normal, et sur le traitement rationnel que les recherches chimiques conduisent à prescrire contre les maladies dans lesquelles le sang est altéré.

Nous devons, en terminant cette courte analyse, ajouter que l'ouvrage de M. le docteur Denis est conçu sur un plan vaste, et que pour l'exécuter il a fallu nécessairement qu'il se livrât pendant bien des années à un travail opiniâtre et assidu. Depuis longtemps la science réclamait les faits mis au jour dans ce curieux et intéressant essai; elle en fera certainement son profit. Honneur au savant esti-

mable qui occupe ses talents et sa sagacité à de pénibles recherches sur l'organisation intime! C'est là le coin le plus obscur de la science et malheureusement le moins exploré, parce qu'il est d'une investigation trop rebutante, trop difficile le plus souvent pour la plupart des hommes même les plus capables de s'y appliquer.—Nous avons cru devoir ne donner ici qu'une simple indication de ce que contient l'ouvrage de M. Denis, parce que nous avons l'intention de revenir sur ces questions de l'altération du sang.

Traité de Pathologie externe de médecine opératoire; Par AUGUSTE VIDAL (de Cassis). Paris, 1839, 2 vol. in-8. Chez J. B. BAILLIÈRE.

Par suite du progrès continuel des connaissances humaines, tous les traités dogmatiques sont condamnés à vieillir plus ou moins rapidement, quelsque soient d'ailleurs leur excellence et leur développement. Les traités de chirurgie, où les hypothèses peuvent rarement prendre la place des faits, devront cependant subir cette influence du temps à un moindre degré que les ouvrages consacrés à l'exposition des autres sciences. C'est ainsi que depuis de longues années on a vu rester classique le livre de Boyer, ce judicieux représentant au 19ᵉ siècle de l'Académie de chirurgie et de l'école de Desault; mais si ce traité, résumé le plus heureux des faits acquis par les devanciers de Boyer et riche des résultats de la vaste expérience de son auteur, doit longtemps encore faire le sujet des méditations du praticien, il ne peut plus suffire aux élèves qui doivent embrasser tout l'ensemble de la science. Dès le moment même de son achèvement, cet ouvrage était incomplet sur quelques points; dédaigneux pour ainsi dire des travaux de ses contemporains et surtout de ses compatriotes, Boyer leur avait accordé trop peu de place; depuis, ces travaux n'ont fait que se multiplier: l'anatomie chirurgicale, cette création de l'époque, a mis en évidence une foule de dispositions dont la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire ont fait leur profit; il en a été de même de l'anatomie pathologique; des doctrines nouvelles ont renversé les théories admises sur des classes entières de maladies; de nouvelles méthodes opératoires ont été formulées, presque toutes les méthodes anciennes ont été revues et soumises à des règles précises, etc.

M. Vidal a pensé avec raison que c'était le moment de résumer et de coordonner toutes les acquisitions récentes et anciennes de la science chirurgicale sous une forme claire et méthodique, qui permît aux élèves de trouver avec facilité ce qu'ils auraient péniblement recherché dans une foule d'ouvrages, de monographies, et surtout de recueils qui sont rarement à leur disposition. La méthode que ce chirurgien a suivie nous paraît fort rationnelle. Pas de généralités inutiles, de dissertations sans fin sur les limites respectives de la chirurgie et de la médecine, sur la prééminence de l'une ou de l'autre; quelques lignes de sa préface lui suffisent pour asseoir son sujet. Il entre en matière en traitant du diagnostic chirurgical, c'est-

à-dire d'abord du mode d'application des sens et surtout de la vue et du toucher, à la connaissance des maladies externes, ensuite des raisonnements, et des méthodes actives à l'aide desquelles l'esprit met en usage les données fournies par les sens. Nous regardons comme une innovation très heureuse l'introduction de ces généralités dans un traité de chirurgie, elles ne sont pas moins utiles que celles dont tous les auteurs font précéder les traités de médecine. Dans cette partie M. Vidal a mis à profit le travail spécial de M. A. Bérard sur ce sujet. Il passe ensuite à la médecine opératoire et parle successivement des opérations en général, des méthodes, des procédés, des opérations d'urgence, des opérations de nécessité, de celles en un ou plusieurs temps, etc. Toutes ces questions sont traitées brièvement, cependant de manière à bien établir les vrais principes de l'art d'opérer. Il décrit ensuite les pansements, les opérations élémentaires, et termine par celles qui constituent ce qu'on a appelé petite chirurgie.

Après ces prolégomènes qui occupent une centaine de pages et forment une introduction indispensable à l'étude clinique, arrive le corps de l'ouvrage. Il est divisé en trois grandes sections.

1° *Maladies chirurgicales dont tous les tissus organiques peuvent être affectes.* L'inflammation, les plaies, la brûlure, la gangrène, la pourriture d'hôpital, les abcès, toutes ces maladies sont considérées d'une manière générale dans cette première section : c'est la *chirurgie générale.*

2° *Maladies chirurgicales considérées dans les divers tissus organiques.* Ici les maladies sont étudiées dans les tissus pris séparément. Chacun d'eux modifie les formes des maladies; il en est qui leur sont spéciales; ainsi les anévrysmes pour le tissu artériel, les fractures pour le tissu osseux : c'est la *chirurgie des tissus.*

3° *Maladies chirurgicales considérées dans les diverses régions* : c'est la chirurgie des régions. Quant aux subdivisions, M. Vidal adopte la distinction des maladies en lésions physiques vitales et en dégénérescences, non pas qu'il la croie irréprochable, mais parce qu'elle est familière aux élèves, qu'elle embrasse tout, et que, subordonnée ici à l'ordre anatomique, elle n'oblige pas à réunir les affections les plus disparates, comme l'ont fait les auteurs qui l'ont prise pour base principale de classification.

La classification que M. Vidal a suivie a en outre le grand avantage de multiplier les points de vue sous lesquels on peut envisager les maladies. En passant d'une section à l'autre, l'élève verra les maladies se spécialiser de plus en plus, les connaissances pratiques augmenter et l'art chirurgical se montrer toujours plus nécessaire. C'est en effet dans les régions que les questions de diagnostic et de médecine opératoire deviennent plus fréquentes, plus difficiles et plus graves.

Aussi cette dernière section sera-t-elle la plus étendue, elle formera la matière des deux ou trois volumes qui ne sont pas encore livrés au public; les deux volumes que nous avons sous les yeux contiennent les deux premières sections. On conçoit facilement l'inutilité, pour ne pas dire l'impossibilité de l'analyse d'un livre classique. Quand on a exposé la méthode suivie par l'auteur, il ne reste plus qu'à juger la manière dont il a rempli son cadre. Nous ferons œuvre de justice en disant que M. Vidal a non seulement fait un livre utile,

mais encore un bon livre. D'abord on trouve dans la seconde section des chapitres entiers que l'on chercherait en vain dans la plupart des classiques : ainsi ceux qui sont consacrés aux affections des bourses muqueuses, à celles des muscles et des tissus fibreux ; ici, toutes les discussions, tous les travaux récents des orthopédistes, ont été mis à profit, et l'opération de la ténonotomie a trouvé la place qu'elle méritait. Dans tous les chapitres dont le sujet est moins neuf, M. Vidal a fait une part convenable aux recherches modernes qu'il a toujours appréciées sans injuste partialité; ainsi il a donné une analyse exacte des découvertes de M. Nélaton sur l'affection tuberculeuse des os, et il en a fait ressortir l'importance pour l étude des maladies articulaires; il n'a pas négligé les travaux de MM. Malgaigne, Sédillot, Velpeau, etc., sur les affections traumatiques des os et des articulations, etc.; il ne s'est pas dispensé non plus, comme tant d'auteurs, de citer les écrivains alors qu'il empruntait leurs opinions.

Nous ferons remarquer que M. Vidal ne s'en est pas tenu à la lettre de sa classification : ainsi l'on voit dans la première section des maladies qui à la grande rigueur devraient appartenir à la deuxième, et on en trouvera dans celle-ci qui semblent destinées à la troisième, comme, par exemple, les luxations et les fractures en particulier; M. Vidal a cru que dans ce cas il valait mieux ne pas trop éloigner les généralités des faits particuliers; il a pensé avec raison qu'au lieu d'être l'esclave d'une classification, l'auteur devait savoir la modifier quand le bon sens et l'usage le réclamaient.

On pourrait sans doute aussi signaler dans cet ouvrage quelques omissions de détail, mais nous croyons que rien d'essentiel n'y est oublié; la marche adoptée par l'auteur lui permettra d'ailleurs de compléter dans la troisième section les points traités trop succinctement dans les deux premières.

Quant à la forme, elle ne mérite que des éloges : beaucoup d'ordre, de clarté, pas de répétitions oiseuses, de longueurs inutiles dans les descriptions ; la phrase est d'ailleurs lucide et rapide, souvent élégante. Ces qualités sont assez rares aujourd'hui dans un livre classique pour être signalées; c'est cependant là qu'elles semblent le plus nécessaires. Une des conditions premières d'un succès durable pour un livre de ce genre est en effet d'être lu sans fatigue; et, il faut l'avouer, peu d'écrivains semblent à présent se préoccuper de cette nécessité.

Nous terminons ici ce que nous avons à dire des deux premiers volumes de l'ouvrage de M. Vidal; la publication des volumes suivants, qui probablement ne se fera pas attendre, nous donnera l'occasion de revenir sur les idées nouvelles ou déjà publiées qui sont particulières à l'auteur ; mais nous croyons, en attendant, devoir recommander à nos lecteurs ce qui est déjà livré au public.

Nouveaux éléments de zoologie, ou étude du règne animal, disposé en SÉRIES, *en marchant des espèces inférieures aux supérieures*; par Henri HOLLARD, docteur en médecine, etc. Paris, 1838, in-8°, orné de XXII planches. Chez LABBÉ, libraire-éditeur.

La méthode philosophique, que Béclard introduisit dans l'enseignement de l'anatomie à la Faculté de Paris, n'a pas cessé d'y être suivie depuis l'époque où la science eut à déplorer la mort de ce célèbre professeur, et aujourd'hui les études anatomiques de l'élève en médecine ne sont plus bornées à celles du corps humain. Un examen comparatif de l'organisation dans les diverses classes d'animaux a jeté les plus vives lumières sur la structure et les fonctions des organes de l'homme. Aussi la zoologie est-elle devenue une introduction indispensable à l'anatomie humaine; son étude est actuellement un préliminaire obligé dans l'instruction publique.

C'est surtout quand on envisage le règne animal comme l'a fait M. Blainville, qu'on comprend toute l'importance de cette science, et qu'on reconnaît les applications auxquelles elle conduit en médecine. De la considération des corps organisés dans leur ensemble, ce savant anatomiste est arrivé à démontrer que l'animalité est une échelle de progression sur laquelle sont distribuées des espèces de plus en plus voisines de la nôtre. C'est en quelque sorte une esquisse du grand ouvrage que M. de Blainville prépare sur la série animale, que M. Hollard vient de publier sous le titre de *Nouveaux éléments de zoologie* : tous les faits y sont groupés d'après la classification du maître. Ici, comme dans l'*Anatomie comparée* qu'il a déjà publiée, M. Hollard a suivi la marche synthétique qui fait assister à la complication successive de l'organisme, et le peu de difficulté qu'elle ajoute à l'étude est bien compensé par l'intérêt qu'elle excite. N'est-ce pas d'ailleurs un ordre tout logique, puisque le règne animal offre une gradation, et non une dégradation?

L'ouvrage de M. Hollard est divisé en deux parties : la première contient l'histoire des animaux rayonnés, et des mollusques articulés jusqu'aux arachnides; la seconde partie renferme celle des insectes et des animaux vertébrés. Malgré l'exemple donné par plusieurs naturalistes, M. Hollard ne pense pas qu'on doive comprendre l'homme dans la série animale, et faire de l'histoire naturelle de l'homme le dernier mot de celle des animaux. Tout au plus peut-on faire remarquer, dit-il, combien la forme humaine, à la prendre même dans les races dégénérées de notre espèce, laisse loin derrière elle la forme animale qui en approche le plus; que nul mammifère, parmi les plus élevés, n'a la peau moins protégée, plus souple, plus sensible, la tête mieux développée, puisqu'elle l'est au profit de l'activité cérébrale, la face moins saillante, mieux harmonisée dans le développement des appareils sensoriaux qui la composent, mieux organisée pour l'expression; que l'homme a seul le privilége d'une station et d'une locomotion constamment bipèdes, qui donnent à ses extrémités antérieures, seules disposées en mains, mais avec une perfection sans égale, toute la délicatesse du toucher et toute la mo-

bilité que réclame, dans l'ensemble et dans les détails de ce membre, une industrie dont le progrès est presque illimité.

La forme humaine est assez connue pour qu'il ait d'ailleurs été nécessaire d'en retracer ici le tableau pour juger par celui des autres formes animales que ces dernières vont constamment en se rapprochant de la première. C'est tout ce que doit démontrer dans son ensemble un traité de zoologie. Une autre fois peut-être, dit en terminant M. Hollard, nous aborderons l'anthropologie. Nous accueillons, avec le désir de la voir se réaliser, cette espérance que nous donne M. Hollard; mais nous voudrions qu'il terminât auparavant une publication qui présentait le plus haut degré d'intérêt, et qu'il a commencée il y a déjà longtemps. Aussi lui adresserons-nous à cette occasion un reproche que nous désirons, avec un grand nombre de lecteurs, qu'il cesse de mériter : c'est de laisser inachevé le *Cours de physiologie générale et comparée* de M. de Blainville, ouvrage important qui formerait le complément des travaux dont l'auteur a enrichi la science.

Le livre de M. Hollard est destiné spécialement aux élèves qui doivent subir les épreuves du baccalauréat ès-sciences, et nous ne doutons pas du succès qu'il est appelé à obtenir, car la conception qui a présidé à la rédaction de la partie zoologique du programme des épreuves exigées des candidats, est précisément celle qui domine l'ensemble et les détails de l'ouvrage que nous annonçons.

ERRATA.

Dans le Mémoire de M. Beau, n° de janvier, il y a une faute typographique qui change totalement le sens : page 30, ligne 33, lisez : *bruits normaux*, au lieu de *bruits anormaux*.

Imprimerie et Fonderie de F. LOCQUIN et Comp. rue Notre-D.-des-Victoires, 16.

MEMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1839.

Mémoire sur l'emploi des douches, et des affusions froides dans le traitement de l'aliénation mentale;

Par M. Leuret, *médecin de l'hospice de Bicêtre.*

Est modus in rebus.

Les douches administrées dans le traitement de l'aliénation mentale consistent en un jet ou en une masse d'eau froide, venant d'un réservoir placé à cinq ou six pieds de hauteur, quelquefois même à huit à dix pieds, et que l'on dirige sur la tête de l'aliéné pendant qu'il est au bain. Si la masse d'eau est considérable, il semble à celui qui reçoit la douche et qui est en état de se rendre compte de ses sensations, qu'une masse d'un plomb glacial lui tombe sur la tête, et en même temps il perd la respiration, tant à cause de l'impression qu'il ressent, qu'à cause de l'eau qui, inondant sa figure, s'oppose au libre passage de l'air par le nez et par la bouche. Le pouls acquiert promptement une très grande fréquence, et de 60 ou 70 pulsations il passe à 100, à 120 et plus. On cite un cas de mort après la douche, je ne sais s'il est bien constaté ; on m'a rapporté un cas d'hémiplégie qui a duré seulement quelques heures, après

une douche longtemps continuée. J'ai vu un épileptique qui, dans un accès de fureur, ayant saisi un couteau dont il voulait frapper les médecins et les surveillants, fut mis au bain et douché. La lutte violente qu'il soutint contre les surveillants ayant ajouté à son exaspération, la douche, quoique faible, lui fit perdre connaissance, et il eut pendant environ trois heures des attaques de son mal; mais dès le soir il était presque entièrement remis, et le lendemain il n'y paraissait plus.

Les effets de la douche varient suivant qu'elle est plus ou moins forte, et qu'elle dure plus ou moins longtemps. Le diamètre de l'ouverture qui donne passage à l'eau est depuis un demi-pouce jusqu'à six pouces; sa durée, depuis un quart de seconde jusqu'à une demi-minute. La douche de plusieurs pouces doit toujours cesser promptement; celle d'un demi-pouce ou d'un pouce a quelquefois été continuée jusqu'à dix et douze minutes : dans ma pratique, je ne l'ai pas donnée pendant plus de deux minutes, j'ai même assez rarement été au delà de trente secondes.

La douche forte ne peut être supportée impunément par aucun malade. Il n'en est pas de même de la douche faible : j'ai vu des malades s'y montrer presque indifférents, et quelques uns la recevoir avec plaisir. Les malades qui la supportent le mieux sont ceux qui respirent à de longs intervalles, qui ont la poitrine large et forte, et qui n'ont aucune maladie des poumons et du cœur. Il m'est arrivé plus d'une fois, en faisant mettre un malade au bain pour lui donner la douche, de prévoir, à l'inspection de sa poitrine, quel degré d'obstination il mettrait à suivre mes conseils.

Rien de plus facile que de donner une douche; il suffit d'avoir des aides en assez grand nombre, et une baignoire munie d'un couvercle solide et percé d'une ouverture pour passer le cou du malade : ce qui est difficile, c'est de tirer parti, et un parti durable, de ce moyen de traitement. Beaucoup de médecins redoutent d'en faire usage, et blâment ceux qui n'ont pas la même réserve qu'eux. Je l'ai employé dans la maison de santé de M. Esquirol,

je l'emploie souvent à l'hospice de Bicêtre, et je puis affirmer que, si je n'ai pas toujours opéré la répression ou obtenu les concessions que je voulais ; du moins il n'est jamais arrivé d'accident aux malades qui l'ont subie. Je dirai plus : les malades quittent rarement la baignoire sans me remercier et me serrer la main en signe de reconnaissance. La douche, cependant, leur est douloureuse, mais j'use à leur égard d'un procédé, ou plutôt d'un stratagème, dont l'idée m'a été fournie par l'observation d'un fait presque vulgaire et qui me réussit bien. Je me montre sévère et dur contre ceux qui ont fait une faute dont je veux les corriger, je trouve cette faute énorme, et j'ordonne un remède ou une punition (ces deux mots sont quelquefois équivalents) également énorme. Si la menace produit du repentir, je fais mes conditions et je pardonne ; s'il a fallu un commencement de répression, j'y ai recours ; dès que le malade cède, je m'arrête, et si j'obtiens de bonnes promesses, je me montre généreux sans réserve en faisant grâce du reste de la peine que j'avais prononcée. Il arrive alors, ce qui arrive dans le monde ; on me sait gré du mal que je pouvais faire et que je n'ai pas fait, et j'inspire plus de reconnaissance que si je m'étais montré constamment bon.

Si le malade est trop obstiné, soit parce que son caractère est indomptable, ce qui n'arrive guère qu'aux natures perverses, comme sont les habitués des prisons, soit parce que le moment d'agir ou le moyen thérapeutique n'ont pas été bien choisis, me souvenant qu'avant tout il faut ne pas nuire, je fais interrompre la durée de la douche, sans pourtant laisser croire que je cède, mais en disant que je ne veux ni perdre mon temps, ni me fatiguer davantage a soigner un malade si peu digne que je m'occupe de lui. De cette manière, l'honneur est sauf. Je ne laisse pas croire à ma défaite, et je puis revenir plus tard sur le moyen déjà mis en usage, ou en employer un autre, sans que le malade soit encouragé dans son obstination par le souvenir d'un premier succès.

C'est une condition très défavorable au traitement d'un aliéné,

qu'il ne se plaigne pas de la douche, car s'il ne la craint pas, on n'en retire que peu d'avantages. L'action de l'eau froide tombant sur la tête produit un ébranlemeut dans toute l'économie qui, sans doute, est de nature à y opérer quelque changement capable de modifier l'état pathologique dans lequel se trouvent les aliénés, mais le résultat moral est bien autrement important que l'effet physique, et doit être mis en première ligne.

Dans la démence, je ne fais usage de douche que très rarement; dans la manie aiguë, très rarement aussi; dans la monomanie, au contraire, j'y ai très souvent recours, et je l'emploie alors pour que les malades en aient peur et se décident à faire ce que je veux plutôt que de s'exposer à la recevoir. Aussi souvent que je puis la leur épargner, je le fais, et pour cela j'ai recours à mille moyens que me fournit le caractère du malade, la nature de sa maladie et l'inspiration du moment.

Obs. I. Pendant les premiers mois de mon service à Bicêtre, je voyais chaque matin un homme qui criait le jour et la nuit, qui n'écoutait aucune remontrance, n'était intimidé par aucune menace et qui avait exigé qu'on lui laissât croître la barbe, parceque, se croyant Jupiter, il voulait conserver cet ornement du maître des dieux. J'attache une très grande importance à ce que les aliénés ne conservent rien d'extravagant dans leur tenue, par la raison que les concessions qu'on leur fait sur ce point deviennent toujours pour eux une aggravation de maladie. Je me décidai en conséquence à faire raser ce malade; mais afin de n'avoir pas à essuyer de sa part une vive opposition, ce qui n'eût pas manqué d'arriver si je lui avais intimé l'ordre de se laisser couper la barbe, j'ordonnai qu'en mon absence, et sans qu'on lui parlât de moi, on le mît au bain, dans une baignoire munie d'un couvercle, et sous la douche. En même temps, je prévins le barbier de se tenir prêt et de venir au premier signal. Cela arrangé, j'entre dans la salle de bains, et regardant le malade, je fais mine d'être étonné de le voir aussi négligé des surveillants, je reproche durement à ceux-ci de ne jamais peigner ni raser cet homme, je crie bien fort et j'ordonne qu'on fasse venir le barbier qui paraît aussitôt. Le malade ne dit mot, se laisse faire, on lui coupe les cheveux, on le rase, on le lave, il sort du bain et me remercie.

On juge facilement de ce qui s'est passé dans son esprit. Il était

fixé dans sa baignoire, la douche était au dessus de sa tête; il s'attendait à la recevoir, lorsque moi qui ne l'avais menacé de rien, contre lequel il n'avait aucun sentiment de haine ou de crainte, et qui pouvais lui faire donner la douche, je viens me plaindre de ce qu'on ne le soigne pas assez bien. Si je lui eusse laissé le temps de la réflexion, les choses ne se seraient probablement pas passées aussi doucement, mais je m'étais arrangé de manière à aller vite, parce que c'était la condition indispensable pour aller bien. Je n'ai pas entrepris la guérison de ce malade, quoique je ne crusse pas sa folie au dessus des ressources de l'art, mais parce que à force de crier il s'était mis la poitrine dans un si mauvais état que je me serais exposé, en le traitant de sa maladie mentale, à aggraver son état physique. Toutefois je suis parvenu à l'empêcher de continuer ses cris. Placé dans la même cour que les autres aliénés agités, il criait à son aise et sans tenir compte des injonctions réitérées qui lui étaient faites de se taire, lorsqu'un matin, à la visite, je parus frappé de la raucité de la voix, et j'annonçai qu'il devait avoir dans la poitrine une maladie grave qui se terminerait par un dépôt de sang. Il riait de mes craintes et de mon air inquet, je continuai mon rôle, j'appliquai l'oreille sur sa poitrine, je l'engageai à se taire un moment et à faire une grande inspiration : il y consentit, et l'ayant ausculté, je déclarai que la maladie était plus grave que je ne l'avais auguré, car déjà le dépôt était rempli. J'indiquai aux élèves le lieu précis où était ce dépôt; les élèves appliquèrent l'oreille chacun à leur tour, et voulurent bien dire comme moi. M. Jules Picard, alors interne de la division, toujours ingénieux à trouver, en pareille circonstance, des raisons pour justifier mon diagnostic, parla de l'étendue que pouvait avoir le dépôt, et je décidai que le malade serait immédiatement placé à l'infirmerie. Là, m'adressant encore cette fois aux gens de service, je leur reprochai de souffrir que certains individus fissent du bruit dans la salle, et je leur enjoignis formellement de me signaler ceux qui, à l'avenir, se permettraient de troubler le repos de leurs voisins. Ensuite je leur recommandai le nouveau venu comme un homme tranquille et dont il fallait prendre un soin tout particulier. Celui-ci me remercia, et depuis lors, jusqu'à sa mort qui arriva cinq à six mois après, par suite d'une affection de poitrine, on n'eut plus à se plaindre de ses cris, et il put rester constamment avec des aliénés tranquilles.

Le premier résultat est dû en grande partie, sinon entièrement, à la crainte de la douche; le second a été plus facile à

obtenir que l'autre, probablement parce que le malade, ayant déjà fait une fois autre chose que sa volonté, a été porté à moins de résistance pour la seconde fois. C'est beaucoup qu'un premier pas de fait, et l'on est presque sûr qu'un malade qui a reculé, reculera encore : l'important et le plus difficile est de pouvoir commencer.

Le malade dont je viens de parler a cédé devant la douche, comme cela est arrivé à beaucoup d'autres ; ainsi l'action de ce moyen a-t-elle été ici purement morale. Je ne doute pas que dans les deux cas qui vont suivre cette action n'ait été de même nature, bien que la douche ait été administrée.

Obs. II. M. Antoine X., âgé de 37 ans, élevé dans les principes les plus sévères de la religion catholique, après avoir été employé dans une administration départementale, contracta des dettes de cabaret qui l'obligèrent à s'éloigner. Il vint à Paris où il obtint un emploi de rédacteur dans un bureau, se maria, devint père de famille, conserva ses principes religieux et cependant fit encore des dettes de cabaret pour le paiement desquelles ses appointements furent saisis. Il était ainsi privé de moyens d'existence pour lui et pour sa famille, lorsque son chef de bureau le déplaça et lui donna un emploi de simple copiste, mais en lui conservant les appointements de rédacteur. Il fut très blessé de ce déplacement survenu dans un moment où il avait nourri l'espoir d'être élevé au grade de chef de bureau. Son amour-propre lui suggéra les idées les plus vaniteuses et ayant fait la connaissance de plusieurs partisans de la méthode Jacotot, il se persuada qu'avec du travail il allait devenir un homme de génie. Plein de cette espérance et malgré le travail auquel il se livrait pour la réaliser, il continua de boire et conservait néanmoins toujours purs ses principes religieux. A la fois plein de vanité, ivrogne et dévot, il était dans un état perpétuel d'agitation et de trouble. Condamnant ses fautes aussi sévèrement qu'un rigide censeur, il y retombait par une sorte d'entraînement auquel il ne pouvait résister. Tout cela le rendit fou, et on fut obligé, vu son agitation et sa pauvreté, de le conduire à Bicêtre, où il entra le 9 octobre 1837. Il n'avait pas la manie des ivrognes, appelée ordinairement *delirium tremens*, mais seulement une monomanie ambitieuse. Il se croyait un homme supérieur, voulait civiliser le monde, et malgré la douceur habituelle de son caractère, il s'emportait et s'indignait contre ceux qui doutaient de l'élévation de son

génie. Ne le trouvant accessible à aucun raisonnement, après avoir attendu quelques jours pour juger de l'effet que produiraient sur lui l'isolement, la privation du vin, l'éloignement des *jacotistes*, et voyant que la maladie restait la même, je fournis au malade une occasion de s'emporter contre moi, et je le fis immédiatement conduire au bain. Quand il y fut, je racontai aux assistants comment cet homme qu'ils voyaient là, agissant en opposition aux principes religieux qu'il disait avoir, était devenu ivrogne, vaniteux et menteur; comment il avait osé soutenir devant moi le rôle impertinent de civilisateur du monde, et enfin comment j'allais le traiter pour le corriger de toutes ses fautes. Je lui donnai la douche. L'effet de ce remède et de l'anxiété qu'il produisit fut instantané. M. Antoine redevint ce qu'il était avant sa maladie, il renonça à toutes ses prétentions et promit de n'y plus revenir. J'insistai pour savoir si je pouvais compter sur la durée d'un aussi prompt changement, s'il ne pensait pas qu'une seconde douche fût nécessaire pour l'affermir dans ses bonnes résolutions, lui conseillant, s'il conservait quelque doute à cet égard, de recevoir la douche immédiatement, afin de n'être pas obligé d'y revenir le lendemain. Il me donna les assurances les plus formelles qu'il ne retomberait plus dans ses erreurs passées, et il les combattit par des raisons aussi bonnes que celles dont j'aurais pu me servir moi-même. Il tint parole, resta encore un mois à l'hospice, et sortit guéri. Depuis sa sortie de l'hospice, j'ai eu de ses nouvelles, on ne le regarde pas comme une tête très solide, mais il n'est pas redevenu aliéné.

Lorsque je demandais à ce malade s'il ne croyait pas qu'il eût besoin d'une seconde douche pour être affermi dans sa résolution de se conduire suivant la raison, je savais bien quelle serait sa réponse; aussi ma question avait-elle seulement pour but de le bien pénétrer de cette idée, savoir : qu'avec des actions et des paroles déraisonnables la douche ne manquerait pas d'arriver, et que pour éviter ce traitement, pour montrer qu'il n'était aucunement nécessaire d'y recourir, il fallait veiller sur toutes ses paroles et sur toutes ses actions. M. Esquirol l'a fort bien indiqué; l'attention est lésée chez la plupart des fous; il suffit souvent de les rendre attentifs pour les faire raisonner juste.

C'est ordinairement dans le bain et au dessous de la douche que les monomaniaques sont capables d'attention et qu'ils

prennent, quand on argumente convenablement avec eux, les meilleures résolutions ; le cas suivant en offre un exemple assez curieux.

Obs. III. — Pompée a quarante-cinq ans : son grand-père était médecin, son père fermier : lui, occupé pendant les premières années de sa vie aux travaux de la ferme, il est venu à Paris dès l'âge de 16 ans où il s'est fait garçon limonadier. Son caractère a toujours été, comme il l'appelle, *monotone* et enclin à la réflexion ; il a vécu maritalement avec une femme qu'il a conservée longtemps malade, pour laquelle il a dépensé beaucoup d'argent, et qui est morte en lui laissant une fille qu'il a élevée. La perte de sa femme et les dépenses qu'il a faites en la soignant sont pour lui de grands malheurs qu'il a supportés, dit-il, avec une philosophie extraordinaire. Mais il a éprouvé un autre malheur par suite duquel il est tombé dans un état si pitoyable, qu'on a été forcé de le conduire dans une maison d'aliénés. Ce malheur est, dit-il, d'avoir été presque regardé comme complice d'un vol commis par un sommelier avec lequel il était lié, au préjudice d'un restaurateur du Palais-Royal, chez lequel ce sommelier et lui étaient employés. Il fut appelé en justice pour déposer contre le voleur, et cette circonstance produisit sur son esprit une impression tellement profonde qu'elle le troubla. Naturellement rêveur et habitué à se promener seul dans ses moments de loisir, sa pensée se portait tantôt sur les grandeurs de la création, tantôt sur les ravages causés par le déluge, d'autres fois sur des sujets obscènes. Un jour, il imagina qu'il avait *sensualisé* avec des bêtes, et, pour le punir d'une aussi abominable pensée, Dieu le changea tout à coup en un autre homme : tout ce qu'il voyait avait quelque chose d'étrange, tout ce qu'il sentait ne ressemblait pas aux sensations d'autrefois. Chaque jour, il se détachait quelque portion de son corps, et ce qui restait à la place de ce qui était tombé, quoique semblable à la vue, était cependant tout à fait différent. Sa respiration s'éteignit, son corps fut dans un mouvement continuel, ses entrailles se collèrent les unes aux autres, et il perdit entièrement la force de travailler et même celle de se mouvoir.

— Ne saviez-vous plus reconnaître les objets que vous voyiez ? — Je les reconnaissais, mais ils ne produisaient plus le même effet sur moi. — Les voix que vous entendiez étaient-elles différentes ? — Je les reconnaissais encore, mais elles avaient quelque chose de particulier. — Les aliments avaient-ils aussi un goût particulier ? — Je distinguais, même au goût, tous les aliments ; je savais bien, et je sais

bien encore, s'ils étaient bons ou mauvais, mais ils n'étaient ni bons ni mauvais de la même manière qu'autrefois. — Sentez-vous le besoin d'aller à la garderobe, d'uriner ? — Oui, mais pas comme autrefois. — Dormez-vous bien ? — Ce n'est plus un sommeil naturel, c'est comme un assoupissement éternel. Si vous cessiez de parler, je m'assoupirais sur le champ. — Avez-vous des désirs ? — Je suis tout à fait impuissant depuis que mon être est changé. — Aimez-vous votre fille ? — Beaucoup · elle est tout à fait bonne et digne du prix Monthyon, mais j'ai peur qu'elle ne devienne comme moi, mon grand-père a perdu la tête en devenant vieux. Maintenant je suis éternel, je ne pourrai jamais mourir. — Peut-on vous faire du mal ? —Oui, je ressens la douleur bien plus fort que qui que ce soit. — Êtes-vous méchant ? — Je n'ai jamais eu envie de faire de mal à personne. — Et à vous ? — J'ai cherché à me jeter par la fenêtre, mais j'ai été arrêté par la crainte de vivre encore après m'être fait du mal. — Êtes-vous damné ? — Il faut bien que je le sois, et ce que j'éprouve est une punition de Dieu, parce que j'ai voulu refaire la création. — Si tout le monde disparaissait, vous y resteriez en compagnie du Juif errant ? — Le Juif errant a l'existence, et moi je ne l'ai plus — Si quelqu'un pouvait vous guérir, que feriez-vous pour lui ? — Ce qu'on voudrait. — Feriez-vous bien un pélerinage à Rome en marchant sur la tête ? — Oui sans doute, mais c'est impossible. — Lorsque vous direz que vous ressemblez à tout le monde, vous serez guéri. — Oui. — Et alors vous commencerez votre pélerinage ; le promettez-vous ? — Je vous le promets. — Allons, courage, à demain : je m'occuperai de vous.

C'est là un fort beau cas de lypémanie, il durait depuis environ 15 mois, et le malade avait été traité inutilement deux mois dans une maison de santé de Paris, et trois mois à Charenton. Le 29 août 1837, il était entré à l'hospice de Bicêtre, et son état ne s'était pas amélioré d'une manière sensible jusqu'au 24 mars 1838, jour auquel eut lieu la conversation dont je viens de rapporter les détails, et que M. Picard écrivait tandis que je causais avec le malade.

Le lendemain, suivant ma promesse, je m'occupai du traitement de Pompée ; je le fis mettre au bain, et, à cause de sa maladie, de son désespoir, de sa faiblesse, de son inaction, je lui donnai la douche. Il eut mal et demanda grace. C'est un remède, lui dis-je, qui est très efficace, quoiqu'un peu dur, je vous le continuerai tous les jours, jusqu'à ce que vous n'en ayez plus besoin. — Mais je n'en ai plus besoin. — Déjà ! mais votre faiblesse qui vous empêche de travailler. — Elle n'est plus aussi grande, et je crois bien que je

pourrai travailler. — Je ne le crois pas; et d'ailleurs vous êtes si triste! — Je ne le serai plus. — Mais vous l'êtes maintenant.

Le malade fit un effort pour sourire et me montrer par là qu'il n'était pas triste. Je le poursuivis de questions qui avaient pour but de lui faire voir que je ne le regardais pas comme en aussi bon état qu'il le prétendait; et lui fit des réponses aussi affirmatives qu'il pouvait les faire pour me convaincre de l'heureux changement qu'il ressentait. Je le laissai sortir du bain, en lui promettant de l'y ramener dès que je m'apercevrais, à son air triste, à ses paroles ou à son inaction qu'il en avait encore besoin. Il n'en eut besoin que deux ou trois fois. Si je le voyais un peu triste, je l'abordais en paraissant le plaindre, lui demandant où il souffrait, lui rappelant ses malheurs, son éternité, son changement d'être, etc. Et s'il se laissait prendre à ce piége, vite il était envoyé au bain. Il ne fallut que très peu de leçons semblables pour changer ses discours et ses actions : avec moi, il prenait un air gai et ouvert; j'ordonnai devant lui qu'on me rendît un compte exact de la manière dont il passait son temps, ce qui l'obligeait à se tenir en garde contre les surveillants et à être aussi gai avec eux.

Puisqu'il était gai, il pouvait distraire les autres; je lui confiai des mélancoliques à promener et à distraire, et il s'acquitta de cette tâche sans trop de maladresse. Il travailla: le travail des champs, établi avec tant de succès par M. Ferrus à l'hospice de Bicêtre, fut un bienfait pour lui, comme il l'est pour la plupart des aliénés qui consentent ou que l'on force à s'y livrer, et P... considéré comme guéri, quoiqu'encore *monotone*, fut rendu à la liberté, le 2 août suivant, c'est à dire environ un an après son entrée à l'hospice.

Il n'est pas aussi difficile qu'on le pense d'obliger un monomaniaque à parler sensément, même sur l'objet de son délire. La contrainte y sert, comme dans le cas de Pompée. Un malade soutient une assertion erronée, une folie, il prétend être Napoléon (c'est le cas d'une douzaine de malades que j'ai eus à traiter), je veux qu'il convienne, avant la douche, qu'il ne l'est pas : s'il résiste, il cède ordinairement une fois la douche reçue, non pas que son esprit y consente, non qu'il ne fasse des réserves, mais parce qu'il a peur, parce qu'il craint la douleur et qu'il emploie le seul moyen qui soit en son pouvoir de l'éviter. Alors, profitant de son premier aveu, je fais intervenir son amour-propre.

—Vous convenez que vous n'êtes pas Napoléon, c'est que vous avez peur? — Non, je n'ai pas peur. — Si ce n'est pas à la peur que vous cédez, c'est donc à la raison? — Oui. — C'est donc une chose raisonnable de dire que vous n'êtes pas Napoléon?— Oui. — Parbleu, afin de savoir si réellement vous n'êtes pas un poltron, je serai bien aise que vous me disiez votre nom?

Le malade dit son nom; puis la partie ainsi engagée, j'obtiens autant de réponses que je puis, réponses qui rappellent au malade sa véritable personnalité et lui servent de leçon, bien préférable à celle que je pourrais lui faire moi-même.

Je ne me laisse pas décourager par une rétractation: je donne une nouvelle douche pour une répétition de folie, et, s'il le faut, je double la dose du remède. Un malade qui était dans ce cas avait reçu deux seaux d'eau froide sur la tête, il avait cédé étant dans la baignoire, mais sorti du bain et rhabillé, il se rétractait. Je le fis déshabiller et on lui jeta sur la tête quatre seaux d'eau; il céda encore, et rhabillé il se rétracta de nouveau. Je fis apporter huit seaux d'eau qui, mis en rang devant lui, l'effrayèrent de telle sorte qu'il céda tout de bon. Le sujet de cette observation est guéri, je publierai bientôt son histoire. Tel malade qui se résigne à une douche, ne se résigne pas à deux, et encore moins à quatre, et si vous le prévenez d'avance de ce qui l'attend, si surtout il sait par expérience que vous tiendrez parole, soyez presque assuré qu'il sera dompté sans recevoir une goutte d'eau. Cependant, je l'ai déjà dit, il faut s'arrêter à temps et ne pas nuire au malade; s'il est obstiné et que vous n'osiez persévérer dans vos moyens de contrainte, trouvez un biais, une manière adroite de vous arrêter sans paraître céder; et même, dans ce cas, ne regardez pas la partie comme perdue, car tel malade qui ne fait pas, après la douche, les concessions qu'on lui demande, parce que son amour-propre en est trop fortement excité, ne s'exposera peut-être pas une seconde fois à mériter une douche.

Une des précautions qu'il faut prendre lorsqu'on veut obtenir, par un traitement énergique, la réforme d'un aliéné, c'est de ne pas confondre ses idées d'homme raisonnable avec ses

idées d'homme qui a perdu la raison. Je m'explique. Il y a dans l'esprit d'à peu près tous les hommes certaines idées dont la justesse est fort contestable, et qui ne seraient pas du tout disparates si on les mêlait aux idées d'un fou. En religion, en politique, en philosophie, en médecine et même dans les sciences physiques, on en trouvera facilement de la nature de celles dont je veux parler. Que, parmi beaucoup d'idées folles, un aliéné laisse échapper quelques-unes de ces idées que volontiers j'appelerais hybrides, on éprouvera en les combattant une invincible résistance. Tandis que toutes les idées folles s'évanouiront pour ne plus revenir, ces idées resteront dans toute leur force parce qu'elles font partie de l'état sain de l'individu, elles appartiennent à son état raisonnable. C'est le roc primitif contre lequel la bêche du laboureur ne peut rien. Attachez-vous donc à bien distinguer la valeur et l'origine des idées que vous entreprenez de combattre en qualité de médecin; votre rôle est de ramener le malade à *son* état de santé et non pas d'en faire un homme différent de ce qu'il était avant de perdre la raison. Comme moraliste, le médecin peut et doit même essayer de corriger ses malades de leurs défauts et de leurs vices, mais il doit respecter leurs opinions et leurs croyances lors même qu'il ne les partagerait pas. Du moment où il dépasserait les limites de sa profession, s'il avait recours à la contrainte, il ne ferait plus de la médecine, mais de l'injustice et de la tyrannie.

Le cas suivant est celui d'un vieil ivrogne halluciné que j'ai guéri de ses hallucinations, et que je n'ai pas, sans doute, corrigé de son habitude de boire.

Obs. IV. S. admis à Bicêtre, le 7 septembre 1836, en vertu d'un ordre de la préfecture de police, est un ouvrier tabletier, âgé de 52 ans; son bulletin d'admission porte pour renseignements : « Usage habituel et immodéré des liqueurs spiritueuses. Les premiers symptômes de démence se sont manifestés il y a deux ans, mais depuis une année ils ont pris un caractère plus grave. Ils consistent en discours incohérents, dénués de sens ; en divagations, et en actes de démence dans un établissement public. »

Cet homme a dans ses traits l'empreinte de la décrépitude

et de l'ivrognerie ; il travaillait fort peu, ne gagnait presque rien et battait sa femme. Un soir, il était devant le Jardin Turc, lorsqu'on y faisait de la musique. Toup à coup, il entendit les musiciens chanter : *S. est un voleur*. Il entra dans une grande colère, et dès le lendemain il alla chez le maître du café lui demander raison de l'insulte qu'on lui avait faite. Après cette scène qui ne se passa pas sans bruit, on l'engagea à aller se plaindre au commissaire de police. Il suivit ce conseil, mais le commissaire, voyant à qui il avait affaire, envoya S. à Bicêtre, lui assurant que là il aurait justice. Se voyant au milieu des aliénés et traité lui-même comme aliéné, regardant toujours comme fondé le motif de plainte qu'il avait dénoncé au commissaire de police, il se croyait victime d'une erreur, et s'attendait à une réparation et à des dommages et intérêts de la part du propriétaire du Jardin Turc.

Après être resté trois jours seulement à Bicêtre, il fut envoyé à la ferme Ste-Anne, établissement dépendant de cet hospice; et il s'y trouva en compagnie d'autres aliénés tranquilles et convalescents, qui tous se livrent au travail. Mais comme il n'est pas venu pour travailler et qu'il ne se trouve pas, à ce qu'il croit, dans la même catégorie que ses co-habitants, il se refuse à faire quoi que ce soit, et attend d'un moment à l'autre qu'on le rende à la liberté : il est dans la position d'un homme qui, victime d'une erreur, en attend tranquillement la réparation. J'entreprends de le dissuader, je n'y parviens pas ; je l'engage à travailler, je le lui ordonne, il refuse, se fâche, et alors c'est la colère du délire. Je n'ai rien à lui commander, il n'est pas venu là pour travailler, qu'on le fasse sortir, il l'ordonne, on n'a aucun droit sur lui. Je le préviens que je vais l'envoyer à Bicêtre, il m'en défie grossièrement. Dès lors nous sommes fâchés, j'ai à me plaindre de lui et suis par conséquent en droit de le réprimer. Je le fais conduire à Bicêtre, et placer dans une division où se trouvent beaucoup d'aliénés agités et braillards. Il a grand'peur, et à la visite du lendemain je le trouve tout tremblant ; cependant, quand je l'interroge, je m'aperçois qu'il a encore un peu de raideur dans les idées, et qu'il ajoute foi à ses hallucinations. Je ne cherche ni à le tranquilliser ni à le détromper ; et faisant ma prescription comme s'il s'agissait d'une maladie ordinaire, je dicte : bain avec affusions froides sur la tête : six sangsues à l'anus. On continuera tous les jours les bains et les affusions. Je continue en effet, comptant non pas que le remède guérira le mal, mais que le remède fera répudier au malade ses idées déraisonnables. Au bout de six jours d'une sévérité continue, j'interroge S. afin de

m'assurer du résultat des efforts qu'il a dû faire, je le trouve assez bien, très soumis, très accessible aux bons conseils, mais cherchant cependant encore à glisser dans ses réponses quelque chose de sa croyance à une insulte dont il aurait été l'objet. Je le relève vivement, et malgré ses prières, malgré ses promesses de ne pas retomber dans la même faute, je le fais conduire au bain comme pour lui donner la douche. Il est très ému et implore son pardon. Je lui pardonne, et pour lui prouver que je suis sans rancune, je lui dis que, confiant dans sa parole, j'adoucirai volontiers sa position. Il me demande la grace d'être reconduit à la ferme; j'y consens; il y va le jour même et s'y met au travail avec une ardeur qui ne s'est pas démentie. Ses camarades disaient de lui : il est tout changé, on ne le reconnait plus. Une seule fois, en l'interrogeant, je m'aperçus qu'il n'était pas tout à fait convaincu d'avoir été malade; il consentait à dire comme je voudrais, mais sans être bien persuadé que j'avais raison. Je lui ai proposé de le renvoyer à Bicêtre; il m'a prié de ne pas l'y contraindre, me promettant de croire en tout ce que je lui dirais. Depuis lors, je l'ai interrogé et fait surveiller exactement, sans avoir retrouvé en lui aucune trace de délire. Dès ce moment, j'ai dû songer à le faire sortir de l'hospice; mais sa femme en avait tellement peur qu'elle n'osait le reprendre. Devant nous, il se montrait bon pour sa femme et il nous assurait qu'il s'était toujours bien comporté envers elle et envers ses voisins. Il avait, au contraire, toujours été très méchant pour sa femme qu'il battait tous les jours, et il avait souvent cherché querelle à ses voisins. Malgré les obstacles qui s'opposaient à ce que sa sortie fût aussi prompte qu'il aurait voulu, il prenait patience et ne se fâchait jamais : j'ai profité de l'autorité que j'avais sur lui pour tâcher de le ramener à une meilleure conduite; il fallait bien qu'il reçût mes remontrances, mais je ne sais s'il en aura profité. Malgré la crainte qu'il ne retombât dans l'ivrognerie, il a bien fallu le renvoyer : il n'est pas resté deux mois à l'hospice.

Que l'on ne se méprenne pas sur mon but quand j'ai prescrit des sangsues, des affusions, des bains et l'enfermement avec des aliénés agités, et que l'on n'attribue pas à ces moyens une action directe plus étendue qu'ils ne l'ont en réalité. Employés seuls contre des idées fausses, ils n'y font rien; on y soumet des années entières certains aliénés sans en retirer aucun avantage: ce qui fait, c'est la manière d'en tirer parti. J'ai ordonné des sangsues comme j'aurais ordonné un vésicatoire, un sinapisme,

une potion dans laquelle j'aurais fait mettre du séné et de l'*assa fœtida*; un remède désagréable, incommode, ennuyeux et, s'il le faut, qui cause de la douleur. Par là le malade est distrait de l'idée qui le préoccupe ; à cette idée vient se joindre l'idée du remède, et si le médecin persévère dans la même médication, les deux idées deviennent tellement inséparables que le malade, en cherchant à se délivrer de l'une, est aussi amené à se délivrer de l'autre. Les douches et les affusions ont cet avantage que l'administration en est facile, à peine dispendieuse, qu'elles causent une impression vive, forte, subite et sans danger; enfin qu'après leur emploi, celui qui les a subies est libre d'agir et peut faire le travail auquel on l'oblige. Il n'en serait pas tout à fait ainsi avec des agents chirurgicaux : le vésicatoire produit de la gêne dans les mouvements, et il agit avec lenteur ; le cautère actuel fait une plaie qui est longue à guérir, etc., tandis que l'eau froide en douche ou en affusion n'a aucun de ces inconvénients.

J'ai employé les affusions dans le traitement d'un malade que m'avait confié mon excellent maître M. Esquirol; j'aurais compté sur un résultat plus prompt si j'avais eu à ma disposition un appareil de douches. Leur mode d'agir n'a pas été tout à fait le même que dans les cas précédents ; l'effet moral a été, je crois, le plus grand, mais l'effet physique n'a pas été étranger à l'amélioration obtenue dans la santé du malade.

Obs. V. Un jeune homme d'un naturel faible et timide avait été, pendant son enfance, beaucoup gâté par sa mère et beaucoup grondé par son père. Ses parents avaient pris de lui un soin extrême, ils s'étaient évertués à veiller sur toutes ses actions et autant que possible à les diriger. Envoyé au collége comme externe, on le détournait de la fréquentation de ses camarades et on le retenait au giron de la famille avec plus de soin qu'on n'en met ordinairement même avec les jeunes filles. Pour savoir ce qu'il faisait à chaque instant, on ne le perdait pas de vue et il avait pour chambre à coucher un cabinet donnant, par une porte vitrée, sur la chambre de sa mère. Naturellement timide, il se résigna à ce genre de vie, malgré la gêne qu'il en ressentait : doué d'intelligence et même de finesse d'esprit, il fit

d'assez bonnes études, et dans la conversation il ne manquait pas d'enjouement. Mais la vie solitaire qu'il menait, l'habitude de la masturbation qu'il contracta, malgré tout ce l'on avait fait pour la prévenir, le jetèrent dans un état de paresse et d'inertie impossible à décrire. Les promenades très rares qu'on lui permettait, il ne les fit plus, sous prétexte d'avoir peu de temps pour se livrer à l'étude; sous le même prétexte, il se faisait attendre soit pour assister aux repas, soit pour se coucher, soit pour recevoir des visites. Mais au lieu d'étudier, il restait devant sa table aussi inactif d'esprit que de corps. On ne tarda pas à s'en apercevoir et on lui fit adresser à ce sujet force remontrances, qu'il trouva fort justes, car son intelligence n'était pas dérangée, mais qui n'amenèrent aucun changement. Peu à peu la paresse augmenta au point que toutes les actions de ce jeune homme, qui approchait alors de l'âge de 20 ans, étaient d'une lenteur dont il est presque impossible de se faire une idée. Il se disposait à se coucher vers neuf heures, à dix heures et demie il n'avait pas encore fini de se déshabiller. Invité, pressé de se défaire d'un vêtement, il se mettait en devoir d'obéir et il s'arrêtait sans avoir achevé. Par exemple, il restait un quart d'heure et plus immobile après avoir ôté une jambe de son pantalon, et sans se décider à défaire la seconde. Avant de toucher quoi que ce fût, il avançait vingt fois les mains et les retirait aussitôt. Dans son lit, il restait si complétement immobile qu'on le retrouvait presque toujours le matin exactement dans la même position qu'il avait prise ou qu'on lui avait donnée en se couchant. Plusieurs fois, pendant l'hiver, lorsqu'on n'avait pas eu le soin de lui mettre les mains sous la couverture, il les laissait hors du lit, quelque basse que fût la température. Un soir, mis dans son lit par un domestique qui lui avait laissé une jambe en dehors de la couverture et dans une position gênante, on le trouva au bout de deux heures dans la même position. Pour se lever et s'habiller, c'était bien pis encore, mais ce qu'on aura peine à croire, il ne mettait pas à table plus d'activité que partout ailleurs; ainsi en arrivant pour dîner lorsque l'on était au dessert, et qu'il n'avait pas mangé depuis fort longtemps, quand après beaucoup d'hésitation il avait pris une cuillerée de soupe, il ne la portait à sa bouche qu'en deux ou trois fois. Et de même pour tout le reste. Il était maigre, pâle, d'une faiblesse extrême. Il n'avait du reste rien perdu de son intelligence qui, excitée, répondait toujours juste. Il demandait qu'on l'aidât, qu'on le guérît, disant qu'il sentait lui-même combien sa position était affreuse, et prévoyant que s'il avait le malheur de perdre ses parents, son incapacité pour le travail le

mettrait hors d'état de conserver sa fortune et le jetterait par conséquent dans la plus profonde misère.

Au commencement de l'année 1837, le malade fut conduit à M. Esquirol, qui voulut bien m'en confier la direction et qui m'aidait de ses conseils chaque fois qu'il en était besoin.

Je m'occupai d'abord de l'alimentation : c'était par là que je devais commencer; mais pour l'alimenter, il me fallait lui donner de l'appétit. Tous les matins à sept heures, bon gré mal gré, c'était en hiver, il fallait qu'il se levât, je le faisais habiller un peu brusquement afin qu'il finît par se déterminer à s'habiller lui-même, et j'exigeais que cela ne durât pas plus de cinq minutes. On lui lavait la figure et le cou à l'eau froide et en frottant la peau avec quelque rudesse, afin qu'il préférât se laver lui-même, ce que je ne lui permettais qu'à la condition de faire vite. Lavé et habillé, je l'envoyais à la promenade avec un ou deux domestiques, et je ne le laissais rentrer que pour l'heure du déjeuner. A table, s'il hésitait à manger, si son assiette restait pleine quand on enlevait celle des autres, je feignais de croire qu'il n'avait pas d'appétit et je faisais aussi enlever son assiette. Le déjeuner fini et après un repos assez court, je l'envoyais de nouveau à la promenade, malgré le mauvais temps, le froid ou la boue, ne lui permettant de revenir dans sa chambre qu'à la condition qu'il s'y occuperait activement. Au dîner, je faisais comme au déjeuner. Son appétit ne tarda pas à augmenter, ses forces revinrent, et l'obéissance lui fut moins pénible. En peu de temps il mangea presque aussi vite que les autres, et je finis par obtenir qu'en mangeant, il fît les honneurs de la table où je dinais avec lui et quatre ou cinq autres personnes. Je m'aperçus un jour que, sans maigrir, il se pressait moins de manger et laissait même enlever son assiette avant d'y avoir touché. Je soupçonnai quelque tromperie de sa part; j'avais raison. En se promenant, il achetait des friandises qu'il mangeait aussi lentement qu'il voulait, ce qui lui permettait de satisfaire sa paresse pendant le dîner. Comme il partageait ses friandises avec son domestique, en lui recommandant le secret, il m'avait fallu deviner la vérité. Je prévins le renouvellement de cette faute, en ôtant au malade tout son argent.

La constitution devenue plus forte, je devins exigeant; il fallut que le malade fît lui-même sa toilette, et que le soir il se déshabillât. Je lui donnais cinq minutes pour le faire, et s'il ne se conformait pas à cette règle, on le conduisait au bain, où, placé dans une baignoire en partie pleine et quelquefois tout à fait vide, on lui jetait sur le corps des

seaux d'eau froide, non pas pour le punir, mais pour lui donner des forces et de l'agilité. Sorti de la baignoire, il fallait se rhabiller très vite, sinon le remède fortifiant était de nouveau administré. J'y avais aussi recours quand le malade restait inoccupé. — Puisque vous n'avez rien à faire maintenant, lui disais-je, nous allons vous donner une affusion, ce sera toujours autant de gagné pour vous, car vous y trouverez de la force. D'ordinaire, il trouvait de la force, et se livrait de suite à quelque exercice qui le dispensait de l'affusion. Il ne recevait pas tout à fait le remède dans le même sens que j'avais l'air de le lui donner, il le regardait plutôt comme une punition que comme un moyen propre à le fortifier et il avait un peu raison; mais je n'en convenais pas, parce que le rôle de médecin me permettait de le poursuivre d'une constante sollicitude sans qu'il eût le droit de s'en fâcher, tandis que le rôle de grondeur perpétuel, rôle inutilement suivi par son père, lui aurait infailliblement donné de la haine contre moi.

Pour cultiver son intelligence et remplir sa journée, je l'envoyais aux cours de la faculté des sciences et de la faculté des lettres, il y prenait des notes et me rendait compte en rentrant de ce qu'il avait appris. Au besoin, les affusions froides lui eussent donné de l'attention et de la mémoire, comme elles lui donnaient de la force et de l'agilité. Dans les premiers temps, il était peu présentable, et il lui est arrivé de rester le nez bien sale et sans se moucher pendant toute une leçon. Les rires moqueurs des élèves ne le touchaient que faiblement, et s'il en prenait de l'humeur, c'était avec l'intention de ne plus retourner au cours, et pas avec celle d'être plus propre et plus décent à l'avenir. Mais les affusions l'empêchaient d'arrêter sa pensée au parti qui eût convenu à sa paresse, et l'obligeaient aussi à se tenir de manière à n'être pas remarqué.

Au bout de quatre mois environ de traitement, il avait non seulement une bonne santé physique, mais de la force et même de la promptitude dans les mouvements ; il mangeait aussi vite que les autres, s'habillait et se déshabillait sans presque jamais avoir besoin d'affusions, et, dans la plupart de ses actions, il ne différait pas beaucoup d'un jeune homme de son âge tenu en tutelle, qui n'a pas eu de camarade et qui n'est pas allé dans le monde.

Par des circonstances indépendantes de ma volonté, malgré le désir qu'en avaient ses parents, et qu'il en avait lui-même, je n'ai pu lui continuer mes soins. Je l'ai quitté au mois de mai 1837, il est mieux qu'à cette époque, mais il n'est pas encore rétabli.

Les exemples qui précèdent font en partie voir ce que j'en-

tends par médecine morale des aliénés. Ce n'est pas par des consolations et ce qu'on appelle de bons traitements que je prétends guérir les monomaniaques : les bons traitements, pour ces malades comme pour tous les autres, sont ceux qui les guérissent, et c'est à ceux-là que j'ai recours. Tel malade répète pendant des années entières : « Je suis damné », et on lui répond pendant le même temps : « Non, vous ne l'êtes pas ; vous n'avez fait de mal à personne, et d'ailleurs vous vivez, vous êtes sur la terre, et sur la terre il y a miséricorde pour tous les pécheurs. » Cela n'y fait rien du tout. Le malade persévère dans ses terreurs comme le médecin dans ses consolations. Au lieu de consolations, usez de rigueur, excitez les passions, employez des dérivations morales, comme dans le traitement des maladies ordinaires vous employez des dérivations physiques, et vous aurez des succès.

Obs. VI. — Le 13 juillet 1835, j'ai vu une dame qui, placée depuis plusieurs mois dans une maison de santé, était restée presque invariablement la même. Inactive, rêveuse, triste, craignant d'être empoisonnée ; disant que les personnes qui l'entourent sont des diables déguisés, refusant de s'habiller elle-même, ne prenant aucun soin de sa personne, fuyant tout le monde, s'asseyant, quelque temps qu'il fasse, sur la terre, sur l'herbe ou sur la pierre, ne mangeant que quand on la menaçait ou quand on lui mettait la camisole de force ; ayant, du reste, une bonne constitution, étant bien réglée, et âgée d'environ 40 ans. La seule chose qu'elle demandait, c'était d'aller chez elle, ou à l'église, ou dans les champs.

Chargé momentanément de lui donner des soins, après l'avoir bien étudiée, j'ai décidé qu'elle s'habillerait proprement, sans aucun secours étranger, qu'elle mangerait à table, qu'elle travaillerait, se promènerait, et ne m'en voudrait pas de la rigueur dont j'userais envers elle. Je suis venu à bout de tout cela dans l'espace de deux jours, en plaçant la malade dans l'alternative continuelle ou de bien faire, ou d'aller au bain. — Je resterai huit jours au bain, me dit-elle, quand je voulus commencer, plutôt que de faire ce que vous voulez. — J'ai accepté le défi. Dans le bain, si elle ne parlait pas, j'attribuais son silence à la maladie, et pour cette maladie, je rafraîchissais le bain. Si elle ne me faisait pas de bonnes promesses, c'était encore sa maladie qui lui portait le sang à la tête, troublait ses idées, et l'em-

pêchait de répondre convenablement, d'où la nécessité d'une affusion froide sur la tête. Quant à elle, je la voyais sourire de mes discours et se moquer de ma crédulité : elle attribuait à sa volonté et non à une maladie son obstination à refuser de suivre les conseils que je lui donnais. Je ne tenais pas compte de sa moquerie, je feignais de ne pas m'en apercevoir, et, ménageant ainsi son amour-propre, sans cependant paraître lui céder en rien, je la forçais à faire ma volonté. Le bain ayant amené des résolutions dont j'avais lieu d'être satisfait, il ne m'a pas fallu recourir à des moyens plus énergiques. Le second jour de son traitement, déjà moins engourdie que la veille, elle voulut être moins docile après le dîner qu'elle ne l'avait été auparavant, et me dit : Vous ne me mettrez pas au bain quand je viens de manger. Je lui répondis que j'avais des bains particuliers qui ne troublaient pas la digestion et qui n'avaient pas d'autre inconvénient que d'être plus désagréables à prendre que les bains ordinaires, et en même temps je dis à sa femme de chambre de faire préparer le bain des personnes qui ont mangé.

Comme la malade avait peu d'instruction, elle a été dupe de cette tromperie et ne m'a pas forcé d'accomplir ma menace ; si elle m'eût défié, j'en aurais été quitte pour quelque nouveau stratagème qui m'eût donné raison. Quand on s'attend à des difficultés de cette nature, qu'on s'est exercé à les vaincre, que l'on a à sa disposition la raison et la force, on serait bien maladroit si l'on restait au dépourvu.

Dans chacune des observations que je viens de rapporter, l'eau froide donnée en douche ou en affusion a été d'une utilité incontestable : à la crainte que les malades en ont eue revient la plus grande part des résultats avantageux qu'elle leur a procurés ; mise en usage *matériellement*, elle aurait eu peu d'effet, mais à l'aide de quelque artifice elle est devenue un puissant moyen de guérison. Je dirai donc de ce remède employé dans la monomanie, ce que Sydenham disait de l'opium employé dans le traitement des maladies ordinaires : *Ita necessarium est in hominis periti manu organum, ut sine illo manca sit, ac claudicet medicina.*

HISTOIRE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES.

(3e et dernier article.)

Par le docteur Grisolle, *ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc.*

Diagnostic. Le diagnostic des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque n'est pas toujours facile, car cette région est souvent le siége d'affections fort diverses, dont les symptômes se rapprochent plus ou moins de ceux de la maladie que j'ai décrite. C'est ce qui a souvent donné lieu à des méprises fâcheuses. Mais il y a de ces erreurs tellement grossières qu'on a de la peine à croire qu'elles aient jamais pu être commises : telle est, par exemple, celle qui consiste à prendre pour un phlegmon de la fosse iliaque une tumeur formée par le foie (1). La percussion et surtout la palpation, indépendamment des troubles fonctionnels, feront toujours aisément reconnaître que la tumeur est formée par le foie augmenté de volume. Les reins simplement déplacés ou devenus plus volumineux, par suite d'une phlegmasie qui a frappé leur parenchyme, pourront en imposer quelquefois pour des abcès iliaques. J'ai rapporté précédemment une erreur de ce genre (2). Si, au contraire, le rein n'est que déplacé, mais sans altération dans son tissu, il sera possible de le reconnaître en ayant égard à la forme et au volume de la tumeur, dont on pourra exactement dessiner les contours à l'aide du plessimètre (3). Si le rein devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra croire à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire ; car il y a tumeur, fluctuation et selles purulentes dans le cas où le foyer s'ouvre dans le colon ou le rectum,

(1) Dupuytren. *Leçons orales.* T. 3, p. 348.

(2) Troisième observation du Mémoire de M. Téalier.

(3) Le déplacement du rein s'accompagne en outre d'une dépression dans la région lombaire correspondante.

comme M. Cruveilhier (1) en cite un exemple. Mais si on ne se livre pas à un examen superficiel, et son i interroge avec soin la sécrétion urinaire, les troubles qu'on observera dans cette fonction éclaireront suffisamment sur la véritable nature de l'affection. L'ovaire malade est encore un organe qui en se déplaçant peut venir former une tumeur douloureuse et plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque, et simuler un phlegmon de cette région. Mais le diagnostic pourra être précisé, si on se rappelle que la tumeur dépendant de l'ovaire, de forme en général globuleuse, est parfois bosselée et très souvent mobile; elle semble même fuir sous la main, et dans certains moments son déplacement est tel qu'on ne la retrouve plus dans la fosse iliaque. Il est possible de lui imprimer des mouvements en agissant sur l'utérus. Enfin, comme cela se voit si souvent, lorsque la tumeur ovarique est composée de produits morbides divers, tels que squirrhes, encéphaloïdes, kystes, cartilages, etc., la percussion donne des degrés de matité et de résistance variables suivant les points, et qui sont en rapport avec la diversité des tissus pathologigues qu'on y rencontre.

Il y a des péritonites circonscrites aiguës ou chroniques qui, produisant des tumeurs appréciables à la vue et au toucher, peuvent faire croire à la présence d'un phlegmon. Cependant, si on a égard aux symptômes et à leur ordre de succession, on pourra reconnaître aisément la nature de l'affection. C'est ainsi que dans la péritonite un frisson plus ou moins violent en marque le début : ce symptôme au contraire est rare dans le phlegmon. La douleur de la péritonite est vive, pongitive, et diffère beaucoup, quant à son intensité et à sa nature, de celle que produit le phlegmon ; la première d'ailleurs s'accompagne, en général, de vomissements ou tout au moins de nausées, de hoquets et de fièvre intense. Enfin, dans les cas où une tumeur se dessine, elle n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qu'on rencontre dans le phlegmon. Mais, comme je l'ai déjà remarqué

(1) Cruveilhier. *Anat.* T. 2, p. 694.

dans la deuxième observation de ce travail, la tuméfaction présente, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation, comme dans un cas rapporté par M. le docteur Mélier (1).

Chez deux malades atteints de péritonite chronique, j'ai vu des anses intestinales agglomérées entre elles, et unies par des fausses membranes épaisses, former vers les fosses iliaques des tumeurs assez volumineuses; mais celles-ci étaient inégales à leur surface, leur sonoréité était variable, et dans aucun cas il n'y eut de matité complète; enfin, la déformation, la dureté du ventre et les symptômes généraux ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une péritonite chronique, diagnostic qui fut vérifié par l'autopsie.

De toutes les maladies dont les fosses iliaques sont le siége, les tumeurs stercorales sont celles qu'on confond le plus souvent avec les inflammations phlegmoneuses. Dans le tome vingtième des *Archives*, p. 581, on trouve la relation d'un cas de tumeur stercorale prise d'abord pour une néphrite et plus tard pour un abcès. On crut même reconnaître un point fluctuant, on regardait l'ouverture comme *indispensable*, lorsque l'un des médecins eut l'idée, avant de la pratiquer, d'administrer un laxatif qui fit aussitôt disparaître la tumeur. Cependant avec un peu d'attention il est facile de ne pas tomber dans une pareille erreur qui peut avoir les suites les plus fâcheuses. En effet, les tumeurs stercorales se présentent sous forme de masses plus ou moins volumineuses *inégales à leur surface*, peu ou point douloureuses à la pression, diminuant ou disparaissant spontanément d'un instant à l'autre sous l'influence des contractions péristaltiques des intestins et surtout après l'administration d'un purgatif. Il n'est même pas rare de pouvoir faire cheminer la tumeur produite par les fèces à l'aide de pressions exercées sur

---

(1) *Journal général*. T. 98, p. 73.

elle. On déplace ainsi la matité : celle-ci s'observe dans les deux espèces de tumeur que je compare, mais dans celle qui résulte d'une accumulation de matières stercorales, le plus souvent, d'après M. Piorry, il y a moins de résistance au doigt que lorsqu'il s'agit de phlegmons ou d'abcès commençants de la fosse iliaque (1). A un degré plus grave, les tumeurs stercorales produisent tous les symptômes de l'iléus, accidents qu'on n'observe jamais dans les tumeurs phlegmoneuses, car la compression que celles-ci exercent sur le cœcum n'est jamais portée au point d'interrompre complétement la continuité du tube digestif. Par conséquent, il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel des phlegmons iliaques avec les invaginations intestinales et les étranglements internes. J'ai vu un ostéosarcome de la fosse iliaque interne pouvoir en imposer pour une tumeur phlegmoneuse ; cependant il sera facile en pareil cas de n'être pas induit en erreur si on observe que l'ostéosarcome s'annonce communément par des douleurs vives et profondes qui se déclarent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste aucune tuméfaction. Enfin celle-ci apparaît; elle est dure, immobile et bosselée; en général la compression exercée sur elle augmente peu les douleurs dont elle est le siége, et la constitution du sujet ne tarde pas à être profondément altérée. Dans un fait que M. Durand-Fardel a communiqué à la Société anatomique (2), on voyait une tumeur fluctuante du volume d'une tête de fœtus à terme occuper la fosse iliaque gauche. Elle avait été précédée depuis près de deux ans par de la douleur, de la difficulté dans la marche, puis le membre inférieur correspondant se raccourcit peu à peu sans allongement préalable, toute la hanche se tuméfia, toute espèce de mouvement devint impossible. Enfin il survint ce teint jaune paille propre aux affections cancéreuses. Ces divers symptômes, la marche que la maladie avait suivie, ne pouvaient faire croire à l'existence d'un abcès phlegmoneux. L'autopsie démon-

(1) Piorry. *Traité de diagnos.* T. 2, p. 133.
(2) *Bull.* n° 4, juin 1838. P. 125.

tra en effet qu'il s'agissait d'une dégénérescence de l'os iliaque, et la tumeur qu'on avait constatée pendant la vie était remplie d'une matière pultacée diffluente, de caillots sanguins, de tissu encéphaloïde et de débris d'une matière comme spongieuse et infiltrée de sang.

Lorsque le phlegmon s'est terminé par suppuration, il sera impossible, je pense, si on a égard à la marche que les symptômes ont suivie, de confondre l'abcès avec une hernie ou un anévrysme dans les cas où le pus se serait frayé une issue à travers les canaux inguinal et crural, ou le trou obturateur. De même un abcès par congestion, par cela seul qu'il est indolent et fluctuant dès le principe, ne saurait être pris pour un abcès phlegmoneux qui a été nécessairement précédé par un engorgement et une induration plus ou moins considérables. Cependant dans quelques cas rares on a vu un abcès symptomatique se prononcer avec les symptômes d'un phlegmon aigu. M. Bérard aîné a rapportés des faits de ce genre (1) observés chez deux malades qui avaient subi antérieurement plusieurs ponctions pour un abcès lombaire demeuré fistuleux. Le savant professeur que je viens de citer a pensé que, dans ces deux cas, les ponctions répétées et l'introduction de l'air ayant enflammé le foyer lombaire, la phlegmasie s'était ensuite propagée de là dans le trajet qui descendait vers l'aine avant que la tumeur de ce côté fût apparente. Mais dans les faits de ce genre le diagnostic ne peut guère être établi que d'après des présomptions ; c'est ainsi que si un abcès se développe avec des symptômes aigus dans la fosse iliaque ou à la partie supérieure de la cuisse chez un sujet qui depuis longtemps a souffert de douleurs lombaires ou qui porte une incurvation du rachis, il est probable alors qu'un abcès qui débuterait d'une manière aiguë se rattachera plutôt à la carie vertébrale qu'à une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.

Il faudra aussi bien prendre garde de croire à une terminaison

(1) *Dict. en* 25 vol. T. 1, p. 66.

de l'engorgement par résolution, tandis qu'un abcès se vide peu à peu dans le vagin, la vessie et surtout dans le gros intestin. Je crois que de pareilles méprises ne sont pas rares. On voit en effet quelquefois le phlegmon s'abcéder partiellement et la suppuration ne frapper que le point de la tumeur qui touche à l'intestin. Dans ces cas le pus profondément placé et recouvert par une couche indurée plus ou moins épaisse ne peut fournir le phénomène de la fluctuation. Ajoutez à cela que le liquide morbide étant peu abondant ne détermine pas de phénomènes généraux ou n'en produit que de très obscurs. Pour éviter l'erreur que je signale, il n'y a pas d'autre moyen que d'examiner *tous les jours* l'urine et les matières fécales, et de s'enquérir auprès des femmes de l'abondance et de la couleur des écoulements qui peuvent se faire par les parties sexuelles (1). C'est pour avoir négligé cet examen que dans le fait suivant j'ai été sur le point de croire qu'un phlegmon iliaque s'était terminé par résolution, tandis que frappé en partie de suppuration le fluide morbide s'évacuait lentement par les selles.

Obs. IV. Dio, âgée de 23 ans, chapelière, d'une bonne santé, n'a eu d'autre maladie grave qu'une variole confluente à l'âge de 13 ans. Réglée à 18 sans difficulté, elle devint enceinte pour la première fois en 1834. Sa grossesse fut heureuse, et elle accoucha à terme vers le 1er février 1835, après un travail qui avait duré quinze heures. La fièvre de lait se déclara au deuxième jour, elle fut forte et persista quarante-huit heures; les seins se tuméfièrent beaucoup. Cette femme, qui n'allaitait pas son enfant, quitta l'hôpital le neuvième jour bien portante. Mais en rentrant chez elle, elle eut les pieds mouillés et éprouva en outre de vives contrariétés. Aussi elle se plaignit le même jour de frissons irréguliers, de malaise et de douleurs hypogastriques. Il y eut de la fièvre et quelques vomissements. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 14 février, cinquième jour de la maladie. Cette femme, d'une constitution assez forte, a le facies calme; sa langue est blanche, humide; elle a la bouche amère, des envies continuelles de vomir,

(1) Pour constater la présence du pus dans l'urine, et pour le distinguer du mucus de l'albumine, etc., on se livrera à cette série d'expériences que MM. Rayer (*Prolog. t. 1er. Malad. des reins*) et Martin Solon (*albuminerie*) ont si bien exposées dans leurs ouvrages.

et depuis hier elle a un léger dévoiement sans coliques ; les lochies blanchâtres coulent encore un peu. Le ventre est flasque, indolore, excepté à l'hypogastre et surtout dans la fosse iliaque gauche ; dans cette dernière région la main découvre une tumeur du volume d'une petite orange, mate, non bosselée, très dure et très douloureuse, immobile, n'ayant aucun rapport avec l'utérus, dont le sommet est au niveau du pubis. Le pouls est à 120, petit, la chaleur est douce (40 sangsues).

Le 15, mêmes symptômes généraux ; la tumeur a augmenté d'un cinquième ou d'un quart, mais les douleurs n'y sont pas plus vives. Elle se prolonge presque jusque sur la ligne médiane ; il y a quelques élancements très douloureux dans le tiers supérieur et interne de la cuisse gauche sans changement de couleur à la peau, et diminuant parfois légèrement sous la pression. Pour la première fois, la malade accuse une sensation de froid dans la jambe et le pied gauches : la main perçoit une diminution sensible dans la température du membre comparée à celle du côté opposé ; de l'œdème existe autour des malléoles de la jambe gauche. Les deux artères crurales étant pressées avec les doigts de la même manière et simultanément, il est évident que dans la gauche le pouls est moins ample, moins développé qu'à droite, et à cinq ou six reprises différentes le choc du sang est perçu à droite avant de l'être à gauche ; la cuisse du côté malade est légèrement fléchie et ne peut être amenée à une extension complète (33 sangsues, catap.). L'écoulement du sang est considérable. Le soir il y a une diminution notable de la tumeur, la température est égale dans les deux membres inférieurs, les artères crurales ont des pulsations égales et parfaitement isochrones, l'œdème, les élancements et la raideur persistent. Pouls à 112. Les 16 et 17, état stationnaire (bains, gomm., catapl., diète). Du 18 au 25, le pouls varie de 112 à 120 ; la tumeur, à peine douloureuse, n'a plus que le volume d'un œuf de poule. La rétraction et l'œdème cessent peu à peu. Les élancements ont cédé le 22. Il y a tous les jours deux selles liquides, la bouche est amère, la soif médiocre, l'urine safranée, et une suffusion ictérique est répandue sur les sclérotiques, aux ailes du nez et à la face antérieure du thorax (frictions avec onguent mercuriel, deux gros par jour, bain tous les deux jours, cataplasme, bouillon).

Le 5 mars, il n'y a plus d'ictère, le dévoiement a cessé, la malade digère des potages ; pouls à 80. La tumeur, toujours dure, située à un demi-pouce au dessus et en arrière de l'arcade crurale, a peu diminué. Le 12, on cesse les frictions mercurielles à cause d'une légère stomatite, qui cède après trois jours à l'emploi d'un collutoire

d'acétate de plomb et de laudanum. Du 15 au 25 l'appétit revient, mais la malade reste faible; *presque toutes les nuits elle a quelques sueurs peu abondantes sans fièvre*, la fosse iliaque est toujours le siége d'une tumeur dure, mate, non bosselée, ayant le volume et la forme d'une pomme d'api; le pouls est à 66, peu résistant. (Bains; le quart). Les 26 et 27 j'examinai les selles pour la première fois et je vis sur les matières molles qui étaient rendues des stries blanchâtres et des globules opaques, épars çà et là, dans lesquels je crus reconnaître du pus. Le 28, je n'en retrouvai pas, mais le 29 je découvris dans les selles et réuni en un seul point un pus blanc, crêmeux, bien lié, dont j'évaluai la quantité à une once environ; la tumeur avait diminué d'un quart depuis la veille, et la nuit d'après il n'y eut plus de sueurs. Les jours suivants les selles ne présentèrent plus de traces de pus, et la malade sortit le 4 avril encore faible, n'éprouvant plus de douleur, mais conservant encore dans la fosse iliaque une induration tout à fait indolente et immobile, offrant une surface d'un pouce.

Dans le courant de l'année 1835, j'ai revu cette femme plusieurs fois, elle n'a plus éprouvé de nouveaux accidents, mais j'ai négligé d'explorer son ventre pour m'assurer si elle conservait encore quelque reste de l'ancien engorgement.

Je croyais que chez cette malade la tumeur phlegmoneuse se terminait par résolution, car à aucune époque je n'avais constaté les phénomènes locaux qui pouvaient m'indiquer une collection purulente. Néanmoins, malgré la dureté de l'engorgement, les sueurs qui revenaient presque chaque nuit me firent soupçonner que du pus devait exister profondément; c'est alors que j'examinai avec soin les matières stercorales, et je ne tardais pas à me convaincre qu'un abcès se vidait dans le gros intestin : cette évacuation du pus s'accompagna d'une diminution rapide dans le volume de la tumeur. Mais cette circonstance ne saurait indiquer à elle seule le mode de terminaison que nous avons observé dans ce cas; car j'ai vu un malade dont le phlegmon iliaque s'est terminé *exclusivement* par résolution, et chez lequel dans l'espace de 24 heures la tumeur diminua spontanément de plus de moitié par les seules forces de l'absorption interstitielle.

Est-il possible de distinguer pendant la vie un abcès borné à

la fosse iliaque interne, d'une suppuration occupant le muscle psoas, maladie qui a été décrite sous le nom de psoïtis? Le diagnostic différentiel des deux affections serait à peu près impossible, si on acceptait comme des exemples de psoïtis la plupart des observations auxquelles on a donné ce titre, et qui sont consignées dans les divers recueils scientifiques. En effet, dans la plupart de ces cas, on voit la suppuration frapper à la fois le tissu cellulaire des psoas, du muscle iliaque, quelquefois du carré lombaire, et enfin le tissu cellulaire sous-péritonéal. Puis si on étudie les symptômes observés pendant la vie, on nous parle bien de douleur, de tuméfaction, de rétraction du membre, sans qu'il soit possible cependant de connaître quel a été l'ordre dans lequel les divers symptômes se sont succédé et le point précis que la tumeur occupait pendant la vie. Néanmoins, je crois qu'il y a certains symptômes à l'aide desquels on pourra souvent distinguer un phlegmon iliaque d'un abcès n'occupant que le muscle psoas. Pour établir ce diagnostic différentiel, on aura surtout égard au siége de la douleur et aux caractères de la tuméfaction.

C'est ainsi que dans le phlegmon des fosses iliaques c'est en général dans cette région que siége la douleur, elle est assez souvent vive et lancinante, et la pression l'exaspère toujours. Dans le psoïtis, au contraire, les malades rapportent leur souffrance dans les lombes, la douleur sourde et profonde n'occupe guère qu'un des côtés de cette région ou du moins elle y est plus marquée que du côté opposé. Communément on ne la voit pas s'exaspérer sous la pression, mais elle augmente dans la marche et par les divers mouvements du tronc. Celui-ci n'est presque jamais dans l'attitude verticale et se trouve plus ou moins fléchi sur les membres inférieurs. Si on explore l'abdomen, on ne distingue aucune tumeur circonscrite dans la fosse iliaque, mais sur le côté le plus interne de cette région on sent une rénitence allongée dont on ne peut pas toujours bien préciser le siége. Cette tuméfaction reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long; bientôt elle s'accompagne de frissons irréguliers, de

fièvre le soir, de sueurs abondantes, d'amaigrissement; enfin la tumeur se prolongeant inférieurement est mieux appréciée par le toucher. Il est commun alors d'y percevoir de la fluctuation; il peut arriver même que le pus s'engageant sous le fascia iliaca arrive en dehors du canal *crural*, jusqu'au petit trochanter, comme dans un fait rapporté par le docteur Christ Pfenfer, qui a vu dans un psoïtis la suppuration former tumeur en dessus et au dessous du ligament de Poupart, qui le partageait en deux parties (1). Ces abcès du psoas offrent encore ceci de particulier, que, contrairement à ceux qui se développent dans la fosse iliaque, ils n'ont presque aucune tendance à devenir superficiels (2). La rétraction du membre abdominal correspondant, l'impossibilité de l'étendre complétement, les douleurs éprouvées dans l'abdomen et dans les lombes, quand on essaie de lui imprimer ce mouvement, ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, un symptôme constant de la suppuration du muscle psoas. C'est ainsi que dans une observation que je rapporterai en détail à l'article du pronostic, on verra une suppuration qui avait altéré et détruit en grande partie le psoas du côté droit, ne s'accompagner néanmoins, à aucune époque de la maladie, de rétraction dans le membre inférieur correspondant. Tandis que j'ai vu la suppuration bornée au muscle iliaque produire de la douleur et de la rétraction dans la cuisse. Ainsi ce symptôme isolé indiquera, suivant moi, indifféremment une souffrance dans le psoas ou l'iliaque; mais pour déterminer si l'altération occupe l'un de ces muscles plutôt que l'autre, il faudra avoir égard au siége de la douleur et de la tuméfaction, circonstances sur lesquelles j'ai insisté précédemment.

Pronostic. Les phlegmons des fosses iliaques doivent être regardés comme une maladie grave et traités comme tels. Car sur 73 malades ils ont amené la mort 20 fois, et dans 11 autres cas, les symptômes devinrent assez fâcheux pour inspirer les

(1) Cahier 4 du 20ᵉ vol. du *Journal de chirur. et d'ophthal.* de Graefe et Walther. Extr. dans *Gaz. medic.*, 1834, nº 21.

(2) Velpeau. *Anat. chirur.* T. 2, 2ᵉ édit. P. 136.

plus vives inquiétudes sur l'issue de la maladie. Les phlegmons qui sont consécutifs à un accouchement sont plus graves que ceux qui surviennent dans l'état de vacuité; car, dans le dernier cas, la mortalité a été d'un peu moins que le quart, tandis que dans le premier elle s'est élevée presque à la moitié (7 sur 17). La gravité plus grande de la maladie après les couches dépend probablement de ce que, en général, le phlegmon occupe un plus grand espace, qu'il se termine à peu près inévitablement par la suppuration, et que celle-ci est plus abondante et plus opiniâtre. Disons, en outre, que l'état puerpéral est par lui-même une circonstance qui ajoute à la gravité d'une maladie de quelque nature qu'elle soit. D'ailleurs, chez l'homme, les phlegmons des fosses iliaques sont un peu moins graves que ceux qui se déclarent chez la femme, même dans l'état de vacuité, puisque la mortalité, qui chez le premier a été moindre que le quart, s'est élevée jusqu'au tiers chez les femmes.

Les abcès stercoraux sont incomparablement plus fâcheux que les autres, car sur sept individus qui en furent affectés cinq ont succombé. Cette gravité s'explique par la gangrène qui les complique toujours, par les pertes de substance et la suppuration abondante qui en sont la suite inévitable, et enfin par la péritonite qui les accompagne quelquefois.

En général, le pronostic n'acquiert de la gravité que lorsque le phlegmon a passé à l'état de suppuration. Il faut néanmoins se rappeler ces cas rares, il est vrai, où l'on voit la phlegmasie du tissu cellulaire s'étendre rapidement au péritoine, avant que le pus soit formé ou lorsqu'il n'est encore qu'infiltré. Un phlegmon iliaque qui, dès le début, s'accompagnera de douleur vive, de fièvre intense, devra tout d'abord inspirer des craintes. D'ailleurs, quelque marche que la maladie ait suivie, du moment que l'on constate la présence du pus dans la fosse iliaque, on doit être inquiet sur l'issue de la maladie. Car, quelque peu abondant qu'il soit, il peut se faire jour dans le péritoine et déterminer une péritonite suraiguë très promptement mortelle. La voie par laquelle le pus arrive à l'extérieur influant sur la marche de la maladie

sera une circonstance dont on devra tenir compte pour le pronostic. On pense assez généralement que les abcès qui s'ouvrent à la surface de la peau se trouvent dans les conditions les plus défavorables, parce que le pus placé dans un lieu déclive doit s'écouler avec difficulté. On a, au contraire, signalé comme une circonstance favorable l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin, opinion émise depuis longtemps par Baglivi (1). Cependant l'examen des faits contenus dans les archives de la science ne confirme pas pleinement cette assertion. C'est ainsi que sur 14 individus chez lesquels le pus s'est frayé une issue à travers les parois abdominales, deux ont succombé, tandis que sur 10 sujets, chez lesquels l'abcès s'est vidé exclusivement dans le gros intestin, *deux* également sont morts, et dans ce nombre je n'ai pas compris le fait de M. Bérard, parce que quelques personnes, à tort sans doute, ont considéré la perforation intestinale comme ayant été primitive. La mortalité a été bien plus considérable pour les abcès qui se sont ouverts à la fois à l'extérieur et dans le tube digestif, puisque sur sept cas de ce genre, il y en a quatre qui ont été suivis de mort.

Tous ces faits me portent donc à penser, contrairement à l'opinion reçue jusqu'à ce jour, que l'ouverture des abcès iliaques dans le gros intestin doit être une circonstance fâcheuse et qui ajoute à la gravité de l'affection. Ceci d'ailleurs s'explique très bien par la disposition anatomique des parties. Lorsque, en effet, le pus veut se frayer une issue à travers les parois abdominales antérieures, le foyer tend alors à se circonscrire sur un petit espace, et tous les efforts de la nature se portent de ce côté; l'art vient bientôt lui-même au secours du malade; une large incision est faite, qui donne issue à la matière purulente, et prévient ainsi les désordres qu'elle aurait pu occasionner en se portant au loin. Mais si le pus se vide dans le cœcum ou le colon, l'ouverture qui le fait communiquer avec l'intestin est toujours petite, son écoulement se fait lentement. Placé d'ailleurs dans un tissu

(1) *Prax. med.* Lib. 1, p. 64.

cellulaire lamelleux et très lâche, il fuse au loin avec facilité, finit ordinairement par décoller largement le colon ascendant ou descendant dans toute sa longueur, et il est ordinaire de voir alors à l'autopsie le pus arriver presqu'au niveau des reins et du foie. L'étendue du foyer, l'abondance de la suppuration, expliquent donc pourquoi l'abcès qui s'ouvre du côté de l'intestin semble plus grave que lorsqu'il se porte à la surface de la peau. Il est à remarquer cependant que si l'abcès qui pénètre dans le cœcum et le colon est peu volumineux, s'il est bien circonscrit et s'il ne décolle pas les parties voisines, il se trouvera dans des conditions plus favorables pour l'évacuation de la matière morbide que lorsqu'il aboutit à la paroi abdominale antérieure. Aussi ai-je dit plus haut que dans les cas où l'abcès marchait rapidement vers la guérison, celle-ci arrivait communément plus vite quand l'évacuation du pus avait eu lieu par l'intestin, que lorsqu'elle s'était faite à travers les parois abdominales.

L'observation suivante, remarquable sous plusieurs rapports, est un exemple d'abcès iliaque ouvert dans l'intestin et qui s'est néanmoins terminé d'une manière funeste.

Obs. V.—Lenet, âgé de 44 ans, cultivateur à Courbevoie, est d'une constitution médiocrement forte; il n'a jamais fait de maladie grave, n'est sujet à aucune incommodité habituelle. Il se nourrit convenablement et ne fait jamais aucun excès; mais depuis un an il est vivement tourmenté par des chagrins domestiques. Son avoir ayant été dissipé par sa femme, il fut obligé il y a quinze jours de cesser son petit commerce de fruitier qu'il faisait depuis dix ans, pour reprendre les travaux beaucoup plus rudes de la campagne. Il y a huit jours, sans s'être forcé dans son travail, sans contusion, ni refroidissement, ni aucune autre cause appréciable, il fut pris tout à coup dans la soirée de frissons, de lassitude générale. Cet état de malaise persista les trois jours suivants pendant lesquels le malade put travailler encore; mais au bout de ce temps il ressentit dans l'abdomen des douleurs vives, qui, partant de la fosse iliaque droite, s'irradiaient ensuite dans tout le ventre et surtout vers l'épigastre. Il a eu des nausées et plusieurs vomissements jaunâtres avec constipation; la soif était vive, la bouche amère, l'appétit perdu; avant hier il a eu

un dévoiement verdâtre peu copieux, et la réaction fébrile est devenue plus forte. Il ne suivit chez lui aucun traitement actif, et entra à l'hôpital le 16 mars 1834. Sa figure exprime alors la douleur et l'anxiété ; il se plaint vivement du ventre : celui-ci est généralement ballonné, mais sans distension, indolent dans tous ses points, excepté dans la fosse iliaque droite. Là en effet on sent une rénitence considérable : la main y distingue une tumeur dure, très douloureuse, ayant pour le moins trois pouces carrés ; la peau qui la recouvre est rouge et gonflée ; la sensibilité y est exaltée à tel point que la plus légère pression est insupportable ; la toux y retentit douloureusement; les douleurs sont lancinantes, continues, s'exaspèrent de temps en temps ; elles s'irradient vers l'hypochondre et la région lombaire du côté droit. Le membre abdominal correspondant se meut facilement et sans douleur. L'urine est rendue sans peine et ne dépose qu'un léger sédiment briqueté. La langue est blanche, humide, la soif vive, l'appétit nul ; il n'a ni coliques ni nausées, et depuis deux jours les selles sont supprimées. La percussion et l'auscultation n'indiquent aucun trouble vers les organes thoraciques. Le pouls est large, plein, vibrant ; il donne quatre-vingts battements ; la chaleur est halitueuse; l'insomnie est complète depuis huit jours ; il n'y a pas de céphalalgie (saignée de quatre palettes, trente sangsues sur la tumeur, chiend., catapl., diète). Le sang donne une couenne d'une demi-ligne d'épaisseur, le caillot est dense ; la nuit se passe sans sommeil.

Le 17 le malade n'est pas soulagé (saignée de trois palettes, trente sangsues, catapl., bain, une pilule d'un gr. d'extr. thébaïque pour la nuit). Le sang offre les mêmes caractères que celui de la veille. Le 18 le malade a dormi quelques heures. Le pouls est à 96, toujours large et dur ; l'état général et local n'a pas changé (saign. trois pal., trente sangs., bain, cat., deux grains d'opium). Le soir la fosse iliaque est moins tendue et moins douloureuse ; il y a deux selles liquides et jaunâtres. Le 19 au soir la tumeur iliaque est toujours dure, un peu aplatie, les souffrances sont plus vives ; il y a 110 pulsations (vingt sangsues). Le 20, la nuit a été calme, la tension, les douleurs ont diminué dans la tumeur. Il y a trois selles liquides sans coliques ; le pouls, large, dur, donne 96 pulsations (saignée, deux pal. ; bain). Le 21 le pouls a cessé d'être dur, il ne bat que 84 fois; le dévoiement persiste, la tension de la région iliaque ainsi que la douleur ont beaucoup diminué. (Catap. lav. chiend. diète.) Du 21 au 31 le pouls varie de 88 à 108 ; les douleurs ont presque cessé dans la fosse iliaque, la pression même ne les réveille pas, la tuméfaction est moins

bien circonscrite, on y sent un peu d'empâtement, mais point de fluctuation; le malade continue à avoir plusieurs selles liquides jaunâtres sans traces de pus. La soif est médiocre, il n'a pas d'appétit. (Bouillon et un potage.) Du 1er avril au 7 le malade a beaucoup maigri, on ne distingue plus de tumeur dans la région cœcale, mais un empâtement qui s'étend jusqu'à la ligne blanche et remonte en dehors jusqu'au niveau de la crête iliaque ; il n'y a pas de frisson, mais parfois le soir il y a une légère exacerbation fébrile. Le pouls n'est jamais tombé au dessous de 88.

Le 7 on croit sentir profondément une fluctuation obscure dans la fosse iliaque; la cuisse droite, dans la moitié supérieure et antérieure, est le siége d'élancements très douloureux, continus, mais avec des exacerbations très rapprochées, sans aucun changement appréciable dans les parties. Ils n'augmentent pas par la pression. Ces douleurs, qui semblent de nature névralgique, disparaissent le 9.

Depuis cette époque jusqu'à la fin du mois le malade s'affaiblit et dépérit de jour en jour. La région iliaque droite ne présente ni tumeur ni empâtement, mais on sent profondément dans cette partie une fluctuation obscure. Le dévoiement continue sans coliques : il y a tous les jours de deux à quatre selles jaunâtres présentant çà et là des globules blanchâtres opaques ressemblant à du pus. Les urines n'offrent rien à noter. Appétit presque nul; le pouls reste à 90. Le malade est si faible qu'il ne peut quitter le lit. Du 1er au 10 mai, jour de la mort, l'amaigrissement et la faiblesse ont fait de nouveaux progrès; une large escarre se montre au sacrum ; en même temps le malade est tourmenté par des vomissements bilieux et verdâtres sans douleur épigastrique; la langue se sèche; enfin il s'éteint dans le dernier degré de marasme, sans avoir jamais présenté de rétraction dans la cuisse droite.

Nécropsie 33 heures après la mort.— Rien à noter dans le thorax.

Abdomen. — Point d'épanchements dans le péritoine; quelques adhérences courtes assez résistantes, quoique de formation récente, unissent l'épiploon au cœcum et à la paroi abdominale antérieure. Immédiatement au-dessous du péritoine on trouve un foyer purulent, qui, depuis le pubis, s'étend sous le cœcum et le colon jusqu'à la courbure de ce dernier intestin. Au niveau du pubis et de sa branche horizontale, le pus est seulement infiltré; partout ailleurs ce liquide forme une collection de trois ou quatre onces. Le pus est séreux, d'un gris sale, ne contenant pas de matière fécale ; les muscles psoas, iliaque et carré lombaire et la partie inférieure du transverse sont noirâtres, ramollis ; leurs fibres sont isolées et disséquées par la

suppuration, qui ne dépasse pas le rebord supérieur du bassin. Les os né sont ni cariés ni dénudés; les nerfs du membre inférieur droit, baignés par le pus, offrent à l'extérieur une coloration grisâtre; ils sont devenus friables; leur volume n'est point modifié; le tissu nerveux n'est ni infiltré ni injecté ; les vaisseaux sont restés perméables. A la partie postérieure du cœcum existent deux ulcérations arrondies, d'une ligne de diamètre, faisant communiquer le foyer avec l'intérieur de l'intestin. Deux autres ulcérations un peu plus larges sont placées à la face postérieure du colon ascendant et à son extrémité supérieure. La muqueuse intestinale est pâle et d'une bonne consistance dans tous les points. Le reste du tube digestif, tous les viscères abdominaux examinés avec soin ne présentent aucune altération. Le foyer purulent ne communique avec aucune partie des voies urinaires.

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile devrait être celui dans lequel ce liquide se fraie une issue à travers le vagin, parce que dans ce cas l'ouverture est toujours placée au dessous du niveau du foyer. Cependant, sur six malades qui ont présenté ce mode de terminaison, une d'elles a succombé (Dance).

En résumé, les abcès iliaques, quelle qu'en soit la cause, doivent être regardés comme une affection grave, et la prudence veut que dans cette maladie le praticien, à l'exemple de Deleurye, établisse toujours son pronostic plutôt incertain que certain (1).

Traitement. — Tous les auteurs sont à peu près unanimes pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques, quelle que soit la cause qui les ait déterminés. Les uns préconisent les saignées générales faites abondamment et à peu d'intervalle, les autres ont reconnu plus d'efficacité dans l'application des sangsues et des ventouses sur le siége même du mal; la plupart, enfin, combinent ces deux modes d'évacuation.

Puzos voulait que dans les engorgements puerpéraux on saignât largement et souvent; Deleurye était également partisan des saignées générales, mais il n'en conseillait l'emploi que dans

(1) L. cit. P. 510.

les cas où la fièvre était intense, et c'est seulement alors qu'elles me semblent devoir être de quelque utilité pour les malades. Dans quelle mesure doit-on employer les émissions sanguines? que peut-on espérer de l'usage de cet agent thérapeutique? quelle est son influence sur la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie, sur sa marche et sur sa durée? Pour répondre à ces questions importantes j'aurais besoin d'un grand nombre de faits exacts et détaillés; mais malheureusement la plupart des observations de phlegmons iliaques publiées jusqu'à ce jour ne peuvent être d'une grande valeur pour éclairer la thérapeutique de la maladie. En effet, dans beaucoup de ces histoires particulières on indique vaguement qu'on a fait une ou plusieurs saignées locales, sans déterminer le nombre de sangsues qui ont été appliquées. Il en est de même des saignées générales qu'on note grandes ou petites sans préciser la quantité de sang qu'on a retiré. Si plusieurs saignées ont été faites, souvent l'auteur ne mentionne ni à quelle distance les unes des autres elles furent pratiquées, ni l'effet immédiat qui eut lieu après chacune d'elles dans les symptômes généraux et locaux. Ajoutons enfin que l'invasion de la maladie est dans un grand nombre de cas vaguement indiquée; circonstance fâcheuse, car nous savons que le même agent thérapeutique peut avoir des actions fort diverses dans une même maladie, suivant qu'on l'applique à une période éloignée ou à une période rapprochée du début. J'ai donc été forcé d'éliminer bon nombre d'observations comme ne pouvant être d'aucune utilité. J'en ai pourtant réservé trente assez complètes et qui me serviront à apprécier l'influence des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques.

Tous les efforts du praticien doivent tendre à provoquer la résolution de l'engorgement inflammatoire, la seule terminaison qui soit avantageuse; mais c'est aussi la plus difficile à obtenir, surtout pour les phlegmons consécutifs aux couches. Telle n'était pas pourtant l'opinion de Puzos. Ce célèbre accoucheur croyait en effet qu'en attaquant ces engorgements dès leur nais-

sance par plusieurs saignées du bras, faites dans un court espace de temps, on viendrait aisément à bout de les faire disparaître ; mais ce n'est là qu'une assertion. Lorsque la tumeur est bien développée, qu'elle a acquis un volume considérable, Puzos croyait également à la possibilité d'en obtenir la résolution, quoique cet engorgement datât souvent alors d'un mois ou de six semaines. Ce médecin cite cinq observations de tumeurs abdominales dans lesquelles, suivant lui, on vit l'emploi des saignées coup sur coup provoquer la résolution. Je suis loin de nier un pareil effet, néanmoins les cas invoqués par Puzos ne me paraissent pas concluants, car les symptômes ne sont pas tellement détaillés qu'on ne puisse élever aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. D'ailleurs supposons celui-ci parfaitement exact, je ne suis pas convaincu que Puzos ne soit pas tombé dans l'erreur que j'ai signalée à l'occasion de la quatrième observation de ce travail. En effet, comme cet accoucheur ne paraît pas avoir soupçonné que le pus pût être évacué par la vessie, le vagin ou le rectum, il a dans tous les cas notables complétement négligé l'examen de ces organes.

Quoi qu'il en soit, si nous voulons par l'analyse nous rendre un compte exact de l'effet des saignées dans le traitement des phlegmons iliaques, nous voyons que chez vingt malades les émissions sanguines furent employées assez largement, puisque la quantité de sang tirée a varié de huit à vingt-deux palettes (1). Quinze d'entre eux eurent à la fois une ou plusieurs saignées générales et des applications de sangsues ; tandis que chez deux on n'employa que la phlébotomie, et chez les trois autres la saignée capillaire. Le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au quinzième jour, à dater des premiers accidents, et les effets immédiats ont beaucoup varié : c'est ainsi que chez cinq malades un amendement notable a suivi la première saignée ou la première application de sangsues, faite du deuxième au quatrième jour du début. L'amélioration s'est

(1) J'ai évalué avec M. Bouillaud à 3 palettes la quantité de sang retirée par l'application de 30 sangsues. (*Philosop. médicale*, P. 350.)

soutenue, le plus souvent même a fait de nouveaux progrès sous l'influence de la même médication qu'on avait jugé convenable de réitérer. De ces cinq malades, quatre virent leur phlegmon se résoudre peu à peu et plus ou moins complétement après une durée de quinze à vingt-cinq jours. Chez le dernier l'état général et local, après s'être considérablement amélioré, demeura stationnaire; la suppuration se déclara lentement vers le vingt-sixième ou vingt-septième jour, et la guérison survint deux mois après. Chez quinze malades les accidents locaux et généraux s'accrurent lors des premières évacuations sanguines; celles-ci furent renouvelées jusqu'à huit fois dans l'espace de un à six jours. L'on vit enfin les symptômes diminuer d'intensité; la résolution s'opéra une fois, et dans tous les autres cas la chute de la fièvre, la diminution ou la cessation des douleurs coïncidèrent avec l'établissement de la suppuration, de telle sorte que l'amendement observé doit être attribué bien moins à l'effet des évacuations sanguines qu'à la marche naturelle de la maladie; car il est d'observation que le pus une fois réuni en foyer, il y a une sorte de détente et une diminution et quelquefois même une cessation complète des accidents inflammatoires jusque alors observés. Ces derniers faits prouvent donc que les saignées générales et locales ont eu une action très bornée sur la marche et la terminaison des phlegmons iliaques. En effet, lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne peut guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines. Je citerai à l'appui de ma proposition la cinquième observation de ce mémoire, dans laquelle on employa les émissions sanguines à hautes doses, puisque dans l'espace de cinq jours on retira au malade douze palettes de sang, et qu'on lui appliqua cent dix sangsues, sans qu'une médication aussi énergique ait pu empêcher la suppuration de s'établir. Cette inefficacité des saignées, dans ce cas, tient peut-être à ce qu'on ne commença à les employer qu'au huitième jour à dater du début.

On peut établir en effet comme règle générale que la résolu-

tion sera une terminaison fort rare du phlegmon iliaque lorsqu'on en commencera le traitement après les cinquième o sixième jours à dater des premiers symptômes. C'est ce que prouvent du moins les trente faits que j'analyse, puisque sur ce nombre deux seulement ont fait exception à la proposition que je viens d'émettre.

Si les émissions sanguines, largement employées, empêchent rarement la suppuration de s'établir, elles peuvent néanmoins, si on les pratique à une époque rapprochée du début, rendre celle-ci moins abondante et abréger de beaucoup la durée totale de la maladie. C'est ainsi que, lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au sixième jour, le phlegmon se termina par résolution ou par suppuration : la guérison était complète, terme moyen, vers le quarante-cinquième jour; tandis que, lorsque la première saignée générale ou locale a été faite du neuvième au vingt-unième jour, la guérison n'a eu lieu que vers le soixante-dix-neuvième. Il est à remarquer que les malades qui ont été saignés le plus largement sont ceux chez lesquels la guérison s'est fait le plus longtemps attendre, bien que le traitement eût été commencé chez eux beaucoup plus tôt que dans les cas où les émissions sanguines furent employées avec plus de réserve. Mais cela ne saurait rien prouver contre l'emploi des saignées, puisque les cas où le traitement a été le plus énergique, sont ceux précisément où l'affection avait le plus de gravité, ce qui explique suffisamment la longueur de la maladie. Enfin chez les dix malades qui me restent à examiner, le traitement ne fut commencé que du dixième au vingt-unième jour. On fit une ou deux applications de quinze à vingt sangsues qui, dans deux cas, calmèrent de suite les accidents, et l'affection marcha vers la résolution. Chez tous les autres il y eut suppuration. Tous guérirent sans accidents vers le soixante-neuvième jour. Il est inutile de dire que chez ces dix malades le phlegmon était peu volumineux et qu'il ne s'accompagnait d'aucun symptôme fâcheux ; ceci explique pourquoi, nonobstant le peu d'énergie du traitement, la guérison a eu

lieu plus tôt (dix jours) que dans les cas où les émissions sanguines furent employées plus largement, quoique chez tous on eût commencé la médication à une époque également éloignée du début.

Les saignées générales n'ont guère eu d'influence que sur l'état fébrile qu'elles ont fait diminuer ou cesser, mais elles ont peu modifié l'état local; tandis que les sangsues calmaient la douleur, diminuaient la tension de la tumeur, et dans presque un quart des cas amenèrent un grand soulagement dès la première application : ces effets n'étaient pas obtenus avec la phlébotomie.

Parmi les malades qui ont succombé, un quart environ avaient été traités par les émissions sanguines à haute dose; chez les autres le traitement fut moins énergique, souvent même aucun remède actif n'avait été mis en usage avant la période de suppuration. Dans ces derniers cas, la mort paraît arriver plus rapidement, car elle est survenue, terme moyen, vers le trente-septième jour, tandis qu'elle s'est fait attendre jusqu'au cinquantième, dans le cas où dès le début on a employé un traitement rationnel et suffisamment énergique. En résumé, les émissions sanguines générales et locales sont utiles dans les phlegmons iliaques; car, bien qu'elles aient rarement pour effet de produire la résolution de l'engorgement, elles le circonscrivent néanmoins, et en rendent la suppuration moins abondante et moins prolongée. Mais pour que les saignées soient avantageuses, il est nécessaire qu'elles soient pratiquées avant le sixième jour.

Il est presque inutile de dire que les bains, les cataplasmes émollients, les boissons douces et une diète plus ou moins sévère devront être employés concurremment avec les émissions sanguines. Enfin, les doux laxatifs seront conseillés avec avantage dès qu'il y a constipation.

Si, malgré ces moyens, un abcès vient à se former, Dance croyait qu'il ne faut point chercher à l'attirer et à l'ouvrir au dehors, mais attendre patiemment l'évacuation de la matière purulente par l'intestin (1). Cette pratique est fondée sur l'opinion

(1) *Dict. en 25 v. T. 1er. P. 222.*

qu'avait Dance, que l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin est une terminaison favorable. Cependant si on se rappelle les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable de pus au milieu d'un tissu cellulaire lâche, accidents que j'ai énumérés précédemment, on conviendra qu'il ne serait pas prudent de demeurer simple spectateur des efforts de la nature. C'est ce qu'avaient très bien compris les chirurgiens du dernier siècle qui, dès qu'ils avaient soupçonné la présence du pus, étaient vivement préoccupés jusqu'à ce qu'ils eussent évacué ce produit morbide. Mais il faut avouer cependant que la crainte de voir le pus séjourner dans le ventre leur faisait parfois pratiquer des incisions avant qu'ils fussent bien certains du siége et de la profondeur de la collection purulente. Je sais que souvent un succès complet a couronné leur hardiesse, mais leur précipitation a dû parfois aussi devenir la source de nombreux accidents. On ne fera donc une incision qu'après s'être assuré qu'il y a fluctuation; il faut aussi qu'on sache si le foyer adhère à la paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Pour cela on recherchera si la paroi du ventre glisse encore au devant de l'abcès, ou si, au contraire, elle fait corps avec lui; enfin l'empâtement et surtout l'œdème sont des phénomènes qui devront encore engager à pratiquer l'incision. Avant de la faire, cependant, il est indispensable de percuter avec soin le point où l'on doit plonger le bistouri ; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cœcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument : cet accident a été observé une fois (1). L'incision est généralement pratiquée au dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, parce que c'est ordinairement dans ce point que l'abcès vient former saillie. Aujourd'hui il est assez ordinaire pour évacuer le liquide qu'on plonge l'instrument tout d'un coup jusque dans le foyer. Je crois qu'on peut en agir ainsi toutes les fois

(1) Dupuytren. *Leç. orales.* T. 3. P. 343. Obs. 4e.

que l'abcès est très superficiel; mais, pour peu qu'il soit profond, de peur que dans le point qu'on va inciser le foyer n'adhère pas aux parois abdominales, on devra prudemment, comme le pratiquaient les anciens, inciser couche par couche, avec les mêmes précautions que pour la hernie. Le foyer ouvert on favorisera l'écoulement du pus, on en préviendra le croupissement et la décomposition putride, à l'aide de la position, en faisant coucher les malades sur un des deux côtés, et même sur le ventre; enfin, on renouvellera les pansements plusieurs fois par jour; on fera dans le foyer des injections émollientes d'abord, et plus tard détersives; on soutiendra les forces par une alimentation convenable, et souvent aussi à l'aide de quelques toniques; on empêchera que l'ouverture ne se ferme prématurément; on combattra avec énergie l'inflammation du foyer, si elle venait à se déclarer; enfin, dans les derniers temps, une compression méthodique sera avantageuse pour provoquer l'écoulement du pus et favoriser la cicatrisation de l'abcès. Il est rare que la plaie reste fistuleuse: Puzos néanmoins en cite un cas, mais il n'est pas certain pour moi que sa malade ait été affectée d'un abcès iliaque; il est possible qu'elle n'ait eu qu'un abcès des parois, qu'il n'est pas rare, en effet, de voir suivi de trajets fistuleux difficiles à guérir. En pareil cas, il faut, je crois, surtout fonder un espoir de guérison sur la compression longtemps continuée et sur le retour de l'embonpoint.

Si l'affaissement de l'abcès et des symptômes de péritonite suraiguë venaient démontrer que le pus s'est épanché dans le péritoine, on ne pourrait guère compter sur les antiphlogistiques pour conjurer les accidents formidables qui enlèvent si rapidement les malades. En pareil cas, je n'hésiterais pas à employer, avec quelque confiance, l'opium à très haute dose, ainsi que le conseillent les docteurs Graves, Stokes et M. Chomel, dans les péritonites consécutives aux perforations intestinales. Un fait cité par le professeur Graves doit d'ailleurs nous encourager à expérimenter cette méthode. Cet habile praticien rapporte, en effet, qu'une femme fut admise à l'hôpital Meath

pour un abcès du foie; une incision fut faite pour évacuer le pus; mais, au lieu de sortir par la plaie, ce liquide s'épancha dans le péritoine et détermina à l'instant une violente péritonite. Aussitôt, et sans évacuation sanguine préalable, on administra l'opium à haute dose par la bouche et par la méthode endermique ; des vésicatoires furent appliqués; un régime fortifiant fut prescrit (vin et porter). Les symptômes de péritonite disparurent complétement, et, la malade ayant succombé un mois après aux progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complétement le diagnostic qui avait été porté (1).

Ainsi, lorsque des symptômes de péritonite suraiguë indiqueront une rupture de l'abcès, il faut condamner le malade au repos le plus complet, éviter d'exercer sur le ventre aucune pression qui pourrait avoir pour effet d'augmenter l'épanchement purulent. En même temps, on prescrira des pilules d'un grain d'opium qu'on donnera d'heure en heure : les deux premières pourront toutefois être administrées à un quart d'heure d'intervalle. On surveillera avec soin l'action du remède, car on devrait en suspendre l'emploi si des symptômes de narcotisme venaient à se manifester. Mais, dans ces cas de péritonite suraiguë, les malades peuvent prendre 15, 20 et 30 grains d'opium par jour, sans éprouver aucun accident du côté des centres nerveux. Si quelque affection de l'estomac ne permettait pas l'introduction du remède par la bouche, on aurait alors recours aux sels de morphine, qu'on introduirait dans l'économie par la méthode endermique. Dans aucun cas, on ne devra donner l'opium en lavement, à cause des déplacements qu'il faudrait faire subir aux malades.

Enfin, lorsque le pus ne se fraie pas lui-même une issue au dehors, et lorsque placé trop profondément on ne peut songer à l'évacuer à l'aide d'une incision, il est alors souvent difficile de combattre les symptômes de consomption qui minent les malades: dans ces cas, il faut tenter la résorption du liquide à l'aide de

(1) *The Dublin hospital reports*, T. 5, p. 9. Chomel. *Fièvre typh.* P. 503.

nombreux vésicatoires, et même encore à l'aide de moxas placés au devant du foyer. Il paraît qu'une semblable médication a été couronnée une fois de succès (1); cependant le fait manque des détails qui seuls pourraient lui donner le degré d'authenticité désirable. Les frictions mercurielles ne me semblent avoir, dans ces cas, aucune efficacité pour déterminer la résorption du pus réuni en foyer; tandis qu'on pourra s'en servir avec avantage pour résoudre les indurations qui persistent quelquefois longtemps après la guérison des abcès.

MÉMOIRE SUR UNE FORME D'ENCÉPHALITE ENCORE PEU CONNUE,

(2e et dernier article);

Par MAX. DURAND FARDEL, *interne de la Salpêtrière, membre de la Société anatomique et de la Société médicale des internes.*

§ III. Nous allons passer maintenant à l'analyse des symptômes dont nous avons présenté le tableau, et nous verrons jusqu'à quel point leur étude viendra à l'appui de la manière de voir que nous avons adoptée.

On objecte surtout l'instantanéité des accidents comme incompatible avec la nature de l'inflammation. Mais si je nie que le ramollissement ait existé au début de la maladie, ce n'est pas pour attribuer une forme aussi inusitée à l'inflammation dont ce ramollissement n'est lui-même que le résultat. Je crois que dans les faits que j'ai rapportés, la maladie a commencé par une simple *congestion* cérébrale. Cette interprétation des phénomènes qui se sont montrés au début me paraît en expliquer la marche de la façon la plus naturelle, et me semble d'accord aussi bien avec sa physionomie symptomatique qu'avec ses caractères anatomiques. Nous avons vu en effet que de ces der-

---

(1) *Revue méd.* 1836. T. 2.

niers la congestion était le plus constant, le plus prononcé, qu'elle était à coup sûr le phénomène capital ; que, quel que fût le degré ou l'étendue du ramollissement, de l'adhérence des membranes, de l'apoplexie capillaire, et même de la tuméfaction, la substance corticale était toujours colorée par le sang dans toute l'étendue d'un hémisphère au moins, quelquefois dans la totalité du cerveau ; nous avons vu que les altérations qui accompagnaient cette rougeur, étaient toutes la conséquence nécessaire de la congestion.

Maintenant je ferai remarquer que les symptômes que nous avons observés sont précisément ceux de la forme de congestion cérébrale à laquelle on a donné le nom de ***coup de sang***, ou que, s'ils en diffèrent, ce n'est que par leur durée souvent plus prolongée. Afin que cela ne fasse pas de doute, je vais citer une observation de congestion cérébrale, empruntée à M. le professeur Andral, et dans laquelle on verra se reproduire un ensemble de symptômes tout à fait analogues à ceux qui ont été décrits plus haut.

Obs. VII. — ***Attaque d'apoplexie survenue pendant le cours d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux ; hémiplégie ; mort deux jours après cette attaque. Injection vive de la substance des hémisphères cérébraux. Aucune autre lésion dans les centres nerveux*** (1).

Un homme, âgé de 72 ans, atteint d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux, perd tout à coup connaissance, et le lendemain matin présente l'état suivant : injection vive de la face, yeux fermés ; lorsqu'on soulève les paupières et qu'on approche le doigt de l'œil, le malade les abaisse brusquement ; dilatation médiocre, égale, des pupilles ; légère déviation de la bouche à droite ; hémiplégie complète du mouvement et du sentiment à gauche ; mouvements libres à droite. L'intelligence est complétement abolie, le malade ressemble à un homme qui dort profondément ; le pouls a perdu de la fréquence qu'il offrait les jours précédents. (Saignée, vésic. aux jambes, lav. purg.)

Dans la journée, le malade donne quelques signes de connaissance et parle un peu.

(1) Andral. *Loco cit.* T. V. Obs. II.

Le lendemain matin, son état s'était sensiblement amélioré, il répondait assez nettement aux questions qu'on lui faisait; la bouche n'était plus sensiblement déviée; la langue se tirait droite; les membres gauches exécutaient quelques mouvements. A onze heures, la face s'injecta de nouveau, et le malade perdit complétement connaissance. Le jour suivant, il était précisément dans le même état que l'avant-veille; il mourut à midi.

Les méninges sont partout assez vivement injectées. Dans toute l'étendue des hémisphères du cerveau, chaque tranche de pulpe nerveuse présente un pointillé rouge très remarquable. Il y a quelques endroits où les points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, sont tellement agglomérés, qu'il en résulte des taches d'un rouge écarlate du diamètre d'une pièce d'un franc. Nulle part, d'ailleurs, la consistance de la substance cérébrale n'est modifiée.

Les symptômes observés dans ce cas sont entièrement semblables à ceux que j'ai décrits précédemment. La seule différence qui existe entre mes observations et celle de M. le professeur Andral, c'est que dans celle-ci la congestion est demeurée à l'état simple, tandis que dans les miennes elle s'est accompagnée de turgescence, et a été suivie d'un commencement d'inflammation; aussi dans un cas il a pu y avoir une rémission notable dans la marche des symptômes, tandis que dans les autres ils ont dû marcher jusqu'au bout sans éprouver aucun arrêt.

Je n'ai pas besoin, sans doute, d'ajouter que tous les auteurs qui ont écrit sur la congestion cérébrale ont insisté sur la difficulté, même sur l'impossibilité fréquente de la distinguer, à son début, de l'hémorrhagie cérébrale; et d'un autre côté on n'a pu méconnaître la ressemblance des phénomènes que j'ai décrits, avec les symptômes de l'hémorrhagie, ressemblance telle, que cette dernière maladie a été diagnostiquée dans presque tous les cas.

La congestion cérébrale peut, dès son principe, avant même que le ramollissement et les adhérences des méninges aient eu le temps de se former, s'accompagner de cette tuméfaction, que les observations précédentes ne nous ont encore montrée

qu'à une époque plus avancée. « C'est au moment où se développe la congestion sanguine, dit M. Lallemand, que commence cette turgescence extraordinaire qui produit le boursouflement du cerveau, et (dans le cas de perte de substance du crâne) son expulsion au dehors sous forme de fongus (1). » Or, c'est précisément à cette turgescence que les observations que j'ai rapportées doivent leur physionomie; c'est à elle qu'il faut attribuer surtout la persistance des symptômes de compression qui en forment le caractère le plus saillant. L'observation suivante, empruntée au professeur de Montpellier, montre avec quelle rapidité ce phénomène peut se développer (2).

Obs. VIII. Un homme, âgé de 68 ans, imbécile depuis plusieurs années, gardait constamment le lit depuis quelques mois. Un jour qu'il mangeait avec avidité, il fut pris tout à coup d'une espèce de suffocation, tomba à la renverse, et expira au bout de quelques minutes, après deux ou trois agitations convulsives du tronc. Les deux ventricules latéraux étaient considérablement dilatés et pleins de sérosité transparente. Le corps cannelé gauche qui faisait une saillie plus élevée que le droit, et toute la substance cérébrale environnante, étaient d'un rouge uniforme assez foncé, dans l'étendue de deux pouces en tout sens.

L'auteur ajoute : « M. Dan de la Vauterie, qui rapporte cette observation, la regarde comme un exemple d'inflammation (3). Le gonflement du corps cannelé, devenu plus saillant que le droit, la rougeur uniforme assez foncée et circonscrite de la substance cérébrale, la promptitude de la mort avec un mélange de symptômes paralytiques et spasmodiques; toutes ces circonstances annoncent assez le début d'une inflammation aiguë, et l'état antérieur du malade explique assez la promptitude de la mort (4). »

(1) Lallemand. *Let.* 3., p. 432.

(2) Lallemand. *Let.* 3., p. 330.

(3) Cette expression n'est pas très juste. Il n'y avait pas encore *inflammation*, il n'y avait qu'une congestion locale très intense.

(4) Le savant auteur des lettres sur l'encéphale, après avoir attribué à

Les cas de ce genre sont rares. On sait que la congestion cérébrale donne lieu rarement à la mort par elle-même, et que M. Rochoux lui en a même contesté le pouvoir, lorsqu'elle est dépourvue de toute complication (1). On conçoit encore que la forme de congestion cérébrale que nous avons décrite, agissant surtout sur la périphérie, doive être en général moins promptement mortelle qu'une congestion qui, ayant son siége dans les parties centrales du cerveau, exercerait une influence plus directe sur les organes essentiels à la vie.

M. le professeur Rostan (2) rapporte l'observation d'une femme de soixante-deux ans qui, à la suite d'une pneumonie, fut prise tout à coup d'un coma profond, d'une hémiplégie gauche, et mourut en moins de vingt-quatre heures. Les circonvolutions de l'hémisphère droit étaient boursouflées et d'un rouge brunâtre, ainsi que la portion du cerveau sous-jacente, et la couche optique et le corps strié de ce côté. « Il y avait commencement de ramollissement, dit l'auteur de l'observation, ou plutôt toute cette partie offrait l'aspect d'un *effort hémorrhagique avorté.* » Il n'est pas question d'adhérences des méninges. Cette observation, semblable sous plusieurs rapports à celles que j'ai rapportées au commencement de ce travail, me paraît offrir un exemple de la même maladie, seulement à un degré moins avancé (3).

la tuméfaction du cerveau enflammé d'une façon aiguë, les symptômes généraux qui s'observent dans l'encéphalite, tels que l'affaiblissement de tous les sens, la somnolence, le coma, une hémiplégie complète.... ajoute : « Ce qui le prouve, c'est que les malades, chez lesquels une large ouverture a permis au cerveau de se dilater librement à l'extérieur, ont conservé l'intégrité de la vue et de l'ouïe du côté non paralysé..... C'est qu'ils ont été exempts de somnolence, de coma, etc..... Enfin, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est que toutes les fois que dans des cas analogues on a voulu s'opposer à l'issue du cerveau, les malades sont alors tombés dans un état comateux et ont perdu l'intelligence.... .» *Loco cit.*, p. 434.) C'est pour cette raison que M. Foville (*Dic. de Méd. et de Ch. Prat.*) veut même que l'on traite l'encéphalite non traumatique par le trépan.

(1) Rochoux. Art. *Coup de sang du Dict.* en 25 vol. T. 9.

(2) Rostan. *Loco cit.*, p. 146. Obs. 39.

(3) M. le professeur Bouillaud assigne comme caractère à la conges-

Une congestion vive qui persiste quelque temps dans un organe est naturellement suivie du développement d'une inflammation dont elle n'était que le premier degré. N'est-ce pas ainsi que se forment et le ramollissement que j'ai décrit, et les adhérences des méninges? Si l'on me reproche de me livrer à une pure hypothèse en décrivant une semblable succession de phénomènes auxquels je n'ai pu sans doute assister, on conviendra du moins que je ne suppose rien qui s'écarte de l'ordre le plus naturel. Ce qui m'a toujours fait penser que le ramollissement n'était pas nécessairement lié à l'altération de couleur et de volume des circonvolutions, qu'il n'était pas de même date et de même formation, c'est que sur les points malades, à côté de circonvolutions ramollies, j'en trouvais d'autres aussi rouges, aussi tuméfiées, et ne présentant aucune diminution appréciable de consistance; c'est que les adhérences de la pie-mère m'ont toujours pa en rapport exact avec les surfaces ramollies, et que la seule observation dans laquelle nous n'ayons pas remarqué plus d'adhérences du côté malade que du côté sain, est celle aussi qui nous a présenté le ramollissement le moins prononcé, puisque, suivant l'expression de son auteur, il n'y avait que *tendance* au ramollissement; et cependant la rougeur et la turgescence de la substance corticale étaient considérables; c'est qu'enfin une semblable altération de la substance cérébrale peut se rencontrer sans ramollissement. Qu'est-ce donc, encore une fois, que ce ramollissement qui se développe consécutivement à une congestion cérébrale, qui s'accompagne d'adhérence des membranes, si ce n'est un ramollissement inflammatoire? Cela ne ferait aucun doute, il faut bien en convenir, si les symptômes avaient revêtu une autre forme.

---

tion ou au premier degré de l'inflammation du cerveau, une augmentation de consistance, ou une légère induration de la substance cérébrale (*Traité de l'Encéphalite*, p. 229). Un certain nombre de faits me portent à croire que dans la substance grise, au moins, la congestion amène avec une grande rapidité une diminution notable de la cohésion de son tissu.

Aussi je crois que si deux altérations identiquement semblables donnent lieu à des phénomènes différents, il faut rechercher à quelles modifications plus ou moins faciles à apprécier on doit rapporter ces différences, au lieu de supposer que la maladie a changé de nature, parce que sa forme symptomatique a varié d'aspect. Il ne me sera pas difficile de citer des exemples à l'appui de cette manière de voir. L'hémorrhagie de l'arachnoïde donne lieu quelquefois à des symptômes successifs tout à fait semblables à ceux du ramollissement cérébral, tels que céphalalgie, affaissement graduel de l'intelligence et des sens, raideur des membres, etc. Si bien que M. Rostan ne croit pas possible de distinguer ces deux affections l'une de l'autre (1). D'autres fois, au contraire, elle débute d'une manière foudroyante, absolument comme l'hémorrhagie cérébrale dont elle revêt tout à fait la physionomie. Quelle différence y a-t-il donc entre ces deux formes de l'hémorrhagie de l'arachnoïde, si ce n'est que dans l'une le sang s'est épanché lentement, tandis que dans l'autre l'épanchement s'est produit tout à coup? Aussi dans ces deux cas trouve-t-on la même altération anatomique, parce que la natnre de la maladie était la même. Qui affirmera que dans les cas où l'on rencontre un épanchement considérable de sérosité limpide dans les ventricules ou en dehors du cerveau, sans aucune altération appréciable des tissus qui ont sécrété ce liquide, la maladie est de nature différente, quand il y a eu de la céphalalgie, du délire, des mouvements spasmodiques, etc., ou quand elle a débuté subitement par le coma, la résolution des membres, etc. Je conçois bien que l'on ait donné à l'une de ces formes le nom de méningite, à l'autre celui d'apoplexie séreuse; mais au fond, il serait peu logique de s'appuyer sur ces différences de forme pour établir que l'on a eu affaire à deux maladies de nature différente.

L'allusion que je viens de faire me paraît d'autant plus juste,

(1) Rostan. *Loco cit.* — Andral. *Loco cit.* T. 5., p. 11 et suiv. — Longet. *Thèse in ug.* 185., nº 94.

qu'elle porte sur des phénomènes presque semblables à ceux dont je discute la valeur.

On opposera peut-être au développement de l'inflammation que j'ai admise, l'absence de tout symptôme inflammatoire comme en contradiction avec une semblable assertion. Mais il est d'observation que s'il survient une inflammation dans le cerveau, tandis que cet organe est soumis à une compression forte et générale, les signes qui pourraient la traduire à l'extérieur, tels que la céphalalgie, le délire, les convulsions, etc., doivent manquer ; car la production de ces phénomènes, qui ne sont en définitive qu'une modification ou une exagération des fonctions cérébrales, exige nécessairement une condition du cerveau tout à fait différente de l'état de compression qui entraîne, si je puis ainsi dire, la négation des fonctions de cet organe (1). « En effet, lorsque les capillaires sont distendus par le sang, dit le docteur Copland, comme le cerveau est entouré de parois inextensibles, il doit arriver que les veines se laissent proportionnellement comprimer, ce qu'augmente encore la force de la circulation dans les artères. Ainsi la circulation se trouve retardée, la portion du système ganglionnaire qui est annexée au cerveau (*the portion of ganglial system supplying the brain*) se trouve aussi jusqu'à un certain point engourdie par l'accroissement de la pression à laquelle elle est habituée, et les fonctions de l'organe sont abolies, quoiqu'il n'existe pas d'épanchement (2). » Le professeur Lallemand dit que lorsque l'inflammation a son siége dans la substance même du cerveau, la congestion est trop violente, son tissu trop promptement altéré pour qu'il puisse continuer d'agir (3).

---

(1) Si à la suite d'une hémorrhagie cérébrale les signes d'une inflammation consécutive manquent souvent, bien que l'étude des foyers anciens démontre l'existence constante d'un travail inflammatoire, n'est-ce pas en général à la compression exercée sur le cerveau par le sang épanché qu'il faut l'attribuer?

(2) Copland. *Dict. of practical medecine*, p. 93.

(3) Lallemand. *Loco cit.* Let. 2, p. 247.

Ce que je viens d'avancer me paraît susceptible d'une sorte de démonstration qui, si je ne m'abuse sur sa valeur, me semble appuyer fortement la manière de voir que j'ai développée dans le cours de ce travail.

En général quand cette même altération des circonvolutions, que nous avons vue donner lieu à des accidents apoplectiformes subits, est circonscrite dans un espace étroit, au lieu d'occuper une large étendue, et par conséquent ne peut produire une compression générale du cerveau, on observe pendant la vie des symptômes d'encéphalite ou plutôt de méningo-céphalite qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie. Ceci rentre dans une classe de faits bien connus, et dont l'histoire est assez éclairée ; mais je crois cependant convenable d'en citer plusieurs exemples, afin de rendre plus frappant un rapprochement qui, je crois, n'a pas encore été fait.

OBS. IX. — *Pneumonie. Agitation, délire ; puis abattement profond ; mort 2 jours après l'apparition de ces derniers symptômes. Rougeur, ramollissement superficiel, et adhérences de quelques circonvolutions.*

La nommée Marie Magrod, âgée de 75 ans, entre, le 1er mai 1838, au n. 21, de la salle St-Antoine. Cette femme se plaint d'une douleur sous-sternale qui se prolonge sur le sein droit, et présente en avant et à droite les signes d'une pneumonie au second degré. Il y a de la fièvre, un peu d'oppression. (Saignée de 3 pal.)

2 mai. La physionomie est animée d'un caractère étrange ; la malade a eu hier beaucoup d'agitation, de délire, tenant des propos incohérents, quittant son lit à chaque instant ; elle parle sans cesse, assure qu'elle est depuis longtemps dans la salle.... Le pouls est petit, assez fréquent. (Looch blanc avec tartre stibié gr. x.)

Le 3. Abattement profond, pouls fort petit et fréquent, quelques selles. (Tartre stibié, gr. xv.)

Mort le lendemain matin dans une extrême prostration.

Les méninges n'offrent rien à noter, si ce n'est quelques adhérences peu intimes de la pie-mère avec la partie antérieure de l'hémisphère gauche. A la partie externe et antérieure de cet hémisphère, trois ou quatre circonvolutions présentent une coloration rose assez vive, avec un ramollissement prononcé, mais qui n'occupe comme la

rougeur que la partie la plus superficielle de la substance corticale. Cette altération, qui a tous les caractères d'une inflammation récente, ne pénètre pas au fond des circonvolutions. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Les phénomènes cérébraux qu'a présentés cette maladie s'observent souvent dans la pneumonie, sans que l'on rencontre dans l'encéphale aucune lésion qui les explique. Je ne crois pas cependant qu'il soit possible de douter de la relation qui existait dans ce cas entre ces phénomènes et l'altération que nous avons rencontrée dans le cerveau ; d'autant plus que ces symptômes peu prononcés paraissent parfaitement en rapport avec une altération aussi superficielle, aussi peu étendue.

Obs. X. — *Démence. Accès épileptiformes suivis d'hémiplégie gauche ; mort 48 heures après leur première apparition. Ramollissement chronique du lobe postérieur de l'hémisphère droit ; inflammation aigüe des circonvolutions voisines.*

La nommée Beaufils, âgée de 62 ans, en démence depuis plusieurs années, était tombée dans un état d'imbécillité complète. Elle ne présentait aucun signe de paralysie, si ce n'est une légère difficulté de la parole, et depuis trois mois, l'émission involontaire de l'urine et des fèces.

Le 21 août 1838, elle fut prise tout à coup d'une attaque d'épilepsie bien caractérisée ; les muscles des membres et de la face étaient agités de fortes secousses convulsives, surtout à gauche ; la bouche fortement tirée de ce côté ; la face tuméfiée et violacée ; une écume sanguinolente sortait de la bouche. Plusieurs attaques semblables se reproduisirent dans la journée, durant un quart d'heure, une demi-heure, et suivies d'un état complet de résolution et d'insensibilité. Le pouls était très petit et d'une grande fréquence.

Le lendemain, coma profond sans aucun signe de connaissance ; pupilles immobiles un peu resserrées ; hémiplégie gauche sans raideur ; insensibilité générale presque absolue ; respiration fréquente, râle trachéal, pouls à peine sensible.

Mort le 23, juste 48 heures après l'apparition des accidents épileptiformes.

Autopsie 32 heures après la mort.

Les sinus contiennent un peu de sang liquide et en caillots. Les vaisseaux de la base du crâne sont sains. La cavité de l'arachnoïde

contient une assez grande quantité de sérosité; son feuillet viscéral est très transparent. Un peu d'infiltration séreuse de la pie-mère, avec une injection sanguine très vive et qui dessine parfaitement ses vaisseaux les plus déliés. Tout le lobe postérieur de l'hémisphère droit est converti en une bouillie blanche à l'intérieur, d'un jaune fauve à l'extérieur, comme infiltrée d'un liquide blanchâtre, lait de chaux. Les circonvolutions sont tout à fait déformées; le ramollissement s'étend profondément jusqu'à la partie postérieure du ventricule latéral, dont les parois elles-mêmes sont intactes.

Au devant de cette altération, on voit plusieurs circonvolutions de la convexité colorées en rose assez vif, volumineuses et largement arrondies, superficiellement ramollies. Cette coloration rose et ce léger ramollissement n'intéressent que la superficie de la substance corticale. La pie-mère, qui partout ailleurs s'enlevait avec une grande facilité, présentait au niveau du ramollissement blanc du lobe postérieur des adhérences intimes et impossibles à détacher, et au niveau des circonvolutions rouges et tuméfiées, des adhérences nombreuses, molles, et qui en laissaient la surface inégale et comme tomenteuse.

Un peu de sérosité dans les ventricules. Rien à noter dans le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière.

Poumons sains, à part une infiltration sanguine de la base du poumon gauche.

Cette observation offre beaucoup de ressemblance avec l'observation IV de ce mémoire. Dans les deux cas, à un ramollissement chronique de toute une extrémité d'un hémisphère (1), nous voyons tout à coup s'ajouter une altération aiguë des circonvolutions voisines, dont le développement instantané est annoncé par l'apparition soudaine des symptômes. Seulement, dans le premier, le coma et l'hémiplégie se montrent dès le début, comme dans l'apoplexie; dans l'autre ils sont précédés de phénomènes épileptiformes, signe certain d'un état d'irritation des centres nerveux. Faut-il chercher la raison de cette différence dans la marche plus ou moins rapide de la conges-

(1) Il faut remarquer que dans le cas où le ramollissement occupait un lobe antérieur, l'intelligence était demeurée intacte; que dans celui où il siégeait au lobe postérieur, le seul symptôme qui eût pu dévoiler sa présence était un état de démence.

tion cérébrale qui a été sans doute le premier degré de l'altération? Il suffira peut-être de faire observer que lorsque la maladie avait débuté par des signes d'apoplexie, de compression, l'altération était assez considérable pour avoir aplati, pressé contre la voûte du crâne presque toute la superficie de l'hémisphère malade; que dans le cas où des signes d'irritation s'étaient manifestés, il n'y avait ni aplatissement ni compression des circonvolutions, bien que quelques unes d'entre elles présentassent un certain degré de turgescence. Ce fait vient donc encore confirmer la part que nous avons attribuée, dans la production des symptômes, à la tuméfaction et par suite à la compression des circonvolutions.

Il serait, je pense, inutile de citer un plus grand nombre de faits de ce genre; on en trouvera sans peine dans les ouvrages de MM. Bouillaud (1), Lallemand (2), Andral (3), Abercrombie (4), etc.

§ IV. En résumé, voici comment je conçois la marche de la maladie qui fait le sujet de ce travail.

On peut réduire à trois le nombre des éléments qui constituent son état anatomique : congestion, turgescence, ramollissement avec adhérences.

La congestion se montre d'abord subitement et sans cause appréciable, ce qui est, on le sait, un des caractères de la congestion du cerveau, particulièrement chez les vieillards. Il est certain que l'on voit souvent survenir, chez les personnes d'un âge avancé, des accidents de formes diverses, que l'on ne peut guère rapporter qu'à une congestion cérébrale, et dont la cause est le plus souvent difficile à apprécier, quels que soient l'état du cœur, l'état de maladie ou de santé, la constitution atmosphérique, etc. Du reste, parmi les cas que nous avons observés et cités, une fois l'existence d'un ramollissement ancien

(1) Bouillaud. *Traité de l'encéphalite.* — (2) Lallemand. *Loco cit.* — (3) Andral. *Loco cit.* — (4) Abercrombie. *Traité des maladies de l'encéphale.*

(obs. IV), deux fois une maladie chronique longue et débilitante (obs. I et II) peuvent être considérés comme cause des accidents qui ont terminé la vie; une fois (obs. III) nous avons vu que la malade avait déjà éprouvé à plusieurs reprises des symptômes de congestion du côté du cerveau. Mais dans un cinquième fait (obs. V), des renseignements positifs nous ont appris que l'attaque à laquelle a succombé la malade n'avait été précédée d'aucun accident que l'on pût rapporter au cerveau, et cette dernière observation nous paraît même démontrer que l'invasion de la maladie est réellement aussi subite qu'elle le paraît : car, bien qu'il ne soit pas rare de voir une affection ancienne et chronique se montrer tout à coup par des accidents imprévus, je pense que dans presque tous les cas de ce genre, au moins, on peut, en remontant dans le passé, s'assurer de l'apparition de quelques symptômes, légers si l'on veut, mais cependant indice certain d'un travail pathologique des centres nerveux.

A la congestion s'unit naturellement la turgescence, et nous avons vu plus haut que ces deux phénomènes, dépendant l'un de l'autre, se produisaient presque en même temps.

Le ramollissement et les adhérences des méninges se forment ensuite : caractères inflammatoires de la maladie à laquelle ils s'ajoutent, ils ne se développent pas au début, mais se montrent consécutivement et au bout d'un temps très court, car les lésions inflammatoires se forment avec une grande rapidité dans le cerveau. Supposera-t-on que ces dernières altérations existaient depuis longtemps, et qu'on ne les rencontre là que comme épiphénomène de la congestion qui a terminé la vie, ou bien encore en fera-t-on une affection chronique cause elle-même de la congestion, dont nous la croyons une dépendance? Quoique nous ayons cru pouvoir établir précédemment que l'étendue, la forme, la nature de ce ramollissement, ne permettent pas de le regarder comme une altération primitive, essentielle, nous devons convenir cependant que la date d'un ramollissement est en général une chose difficile à constater, et dont

l'appréciation est peut-être un des écueils de cette partie si importante de la pathologie des centres nerveux. Mais ce que nous affirmons, c'est que les adhérences des méninges avaient tout à fait le caractère d'une lésion récente. Nous avons eu souvent occasion d'observer des adhérences anciennes des méninges au cerveau, soit chez des vieillards, soit chez des aliénés ou des épileptiques, et nous demanderons à tous ceux qui sont habitués à de semblables recherches, s'il n'est pas possible et même facile de distinguer des adhérences chroniques de la surface du cerveau, ordinairement fermes et déchirant la substance corticale, de ces adhérences molles et humides, si je puis ainsi dire, qui caractérisent une méningite aiguë (1).

On voit que ce travail est surtout basé sur l'anatomie pathologique. Quelques personnes m'en feront peut-être un reproche; mais quand même il serait fondé en principe, et nous ne prétendons pas en discuter ici la valeur, cela ne détruirait pas les résultats auxquels nous croyons être arrivé. Nous sommes convaincu, du reste, par une observation attentive de la symptomatologie cérébrale, qu'il est impossible de baser sur sa seule étude l'histoire de la pathologie cérébrale. Nous croyons, avec

(1) Il me paraît exister un rapport assez curieux entre la maladie qui vient d'être décrite et l'*érysipèle*. De même, en effet, que ce dernier n'affecte que le derme dont la rougeur est le principal phénomène qui le caractérise, de même l'encéphalite superficielle se circonscrit à la couche corticale du cerveau; seulement, comme dans l'érysipèle, l'inflammation s'étend souvent aux tissus sous-jacents, plusieurs fois aussi nous avons vu les parties profondes participer à l'inflammation des circonvolutions. La tuméfaction légère qui dans l'érysipèle résulte d'une sorte d'érection du derme (et qu'il ne faut pas confondre avec l'engorgement sous-cutané), ne ressemble-t-elle pas parfaitement à la tuméfaction de la substance corticale congestionnée ? Dans les deux maladies, on voit quelquefois la rougeur et la tuméfaction s'arrêter assez brusquement aux limites du mal ; enfin notre encéphalite se développe parfois comme l'érysipèle autour d'une altération chronique, ce qui paraît ajouter une analogie de cause à celles qui viennent d'être indiquées. Si ce rapprochement, qu'il ne serait pas impossible de pousser plus loin, est juste, s'il n'est pas seulement le fruit de mon imagination, il me paraît de nature à fixer l'attention, et à fournir un nouvel appui aux idées que je viens de développer dans ce travail.

plusieurs praticiens expérimentés, que la symptomatologie du cerveau est encore aussi obscure qu'est facile et perfectionné le diagnostic des maladies de plusieurs autres organes : or, si jamais il convient de recourir aux lumières que peut fournir l'anatomie pathologique, c'est lorsque la séméiologie nous les refuse aussi complétement; et je ne veux d'autre preuve de ce que j'avance, que l'histoire de la science pour la pathologie cérébrale, l'ignorance extrême où l'on était resté sur ce sujet avant la découverte de l'anatomie pathologique, et ce fait incontestable, que l'on n'a pas fait un seul pas dans cette partie de la science sans s'appuyer sur l'anatomie pathologique.

§ V. J'ai cherché à démontrer la nature inflammatoire d'une affection dont les caractères anatomiques et les symptômes forment un groupe d'un aspect assez particulier, pour justifier l'étude spéciale que j'en ai cru devoir faire.

Il eût été sans doute plus logique de commencer par présenter la description complète de cette maladie, et de n'aborder qu'après cette étude préliminaire la question de sa nature pathologique. Mais les faits que je possède, s'ils m'ont paru suffisants pour éclairer cette dernière question, ne sont certainement pas assez nombreux pour qu'il soit possible d'en rien conclure sur l'étiologie, le traitement de la maladie, ses rapports avec l'âge, la constitution, l'état du cœur, etc. Je vais seulement entrer dans quelques détails sur le diagnostic, car je pense que les faits que j'ai rapportés forment un type qui se reproduira sans doute plus d'une fois, et auquel il serait bon de pouvoir assigner des caractères distinctifs. Malheureusement nous allons voir que cette étude ne nous donnera que des résultats peu satisfaisants.

Dans les cinq observations auxquelles nous avons assisté nous-même, trois fois seulement nous avons pu constater avec précision l'instantanéité du début; deux fois (obs. I et II) les accidents n'ont été reconnus que lorsqu'ils duraient déjà depuis plusieurs heures, mais probablement ils avaient débuté comme les précédents. Deux fois seulement (obs. IV et V) on

a trouvé de la contracture : mais il faut noter que la maladie était moins étendue, la compression moins forte, que la mort fut moins prompte que dans les trois autres cas ; que deux de ces derniers n'ayant pas été observés à leur début, ce symptôme a pu exister sans être remarqué; il faut noter encore que dans l'observation V, où la contracture fut très forte, presque générale, les circonvolutions étaient moins tuméfiées, et par conséquent moins comprimées que dans les autres cas. J'insisterai d'autant plus volontiers sur cette dernière circonstance, que la malade qui fait le sujet de cette observation fut celle qui donna le plus de signes de connaissance jusqu'à la mort. On se rappelle que nous avons cru pouvoir rendre compte par la compression, résultat de la turgescence du cerveau, de la forme des accidents, et en particulier des phénomènes de compression qui les caractérisent. Dans un cas seulement (obs. II) la résolution fut générale; c'est que la maladie occupait également les deux côtés du cerveau. Dans les autres, la paralysie ou la contracture étaient à peu près limitées au côté opposé à l'altération du cerveau.

La sensibilité a paru généralement conservée, ce qui rapproche ces cas de ceux où il y a plutôt compression du cerveau que désorganisation ; l'observation II est la seule qui ait offert une perte absolue de la sensibilité du côté paralysé. Les sens étaient généralement obtus, sans être complétement abolis. Il semblait le plus souvent rester une lueur de connaissance excepté dans l'observation I où la maladie était très étendue, et la compression énorme.

Quant à l'état général, il offrait de grandes variétés. Tantôt la force et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau semblaient annoncer une forte réaction; tantôt au contraire la circulation ne paraissait pas modifiée, ou semblait participer à l'état apparent d'engourdissement de toute l'économie. Je n'ai pu apprécier exactement les circonstances qui agissaient ainsi sur l'état général, non plus que l'influence que ce dernier pouvait exercer sur la marche de la maladie ; on sait du reste que

cette difficulté se retrouve dans l'étude de la plupart des maladies des centres nerveux.

Je ne crois pas nécessaire d'insister davantage sur l'analyse des symptômes que nous avons décrits pour démontrer la ressemblance qu'ils présentent avec ceux de l'hémorrhagie cérébrale, et la difficulté et l'impossibilité même de distinguer sûrement ces deux affections, dans l'état actuel de la science. La contracture elle-même, que l'on a donnée comme un signe propre à faire distinguer le ramollissement, inflammatoire ou non, de l'apoplexie, n'aurait que peu de valeur, quand même elle se montrerait dans tous les cas, puisqu'elle est un symptôme ordinaire, comme on le sait, de l'hémorrhagie dans les ventricules ou à la surface du cerveau.

Parlerai-je de ces ramollissements proprement dits du cerveau, que l'on prétend voir débuter subitement, mais dont il serait peut-être plus juste de dire simplement que l'existence s'est montrée par des accidents subits? Je me contenterai de renvoyer aux ouvrages des auteurs qui se sont efforcés d'établir un diagnostic précis entre le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau, mes observations n'étant rien moins que propres à éclaircir cette question, qui est loin d'être résolue aujourd'hui.

Il arrive encore qu'à la suite d'accidents tout à fait semblables à ceux que j'ai décrits, on ne trouve autre chose qu'un pointillé plus ou moins vif de la substance cérébrale avec rougeur des méninges et infiltration séreuse de la pie-mère. J'ai observé dernièrement un cas de ce genre à la Salpêtrière. D'autres fois on a seulement rencontré une grande quantité de sérosité dans les ventricules (apoplexie séreuse des auteurs) (1), ou bien quelques plaques d'apoplexie capillaire (2), sans altération générale des circonvolutions.

Je dois, avant de terminer, parler de plusieurs états

(1) Andral, *loc. citato*, tom. V.
(2) Diday, *Gaz. médicale* du 22 avril 1837.

morbides du cerveau, qui se rapprochent par quelques points de celui que nous avons décrit, et qu'il importe d'en bien distinguer.

On a appelé apoplexie capillaire une altération qui présente avec l'inflammation superficielle des circonvolutions une analogie de siége surtout, qui établit quelques rapports entre ces deux maladies, mais qui ne suffit pas pour les confondre ensemble, bien qu'elles donnent lieu à des symptômes presque semblables.

Comme cette altération est rare et généralement peu connue, on me permettra d'entrer dans quelques détails à son sujet. Il faut d'abord bien s'entendre sur la signification du mot apoplexie capillaire. M. Cruveilhier (1) appelle ainsi tous les ramollissements rouges du cerveau, aussi bien ceux qui résultent d'une simple infiltration sanguine que ceux que le professeur Lallemand nous a montrés produits par une inflammation aiguë. Dans ce sens il est certain que la maladie que nous avons décrite ne serait autre chose qu'une apoplexie capillaire. Mais on conçoit qu'une dénomination aussi étendue doit confondre des altérations fort différentes, et l'on conviendra sans doute avec M. Diday (2) « qu'il est utile de laisser le nom de ramollissement rouge aux cas où l'on trouve une coloration d'un rose vif, uniforme, accompagnée d'un ramollissement pulpeux, pour donner le nom d'apoplexie capillaire seulement aux altérations caractérisées par une rougeur plus foncée et ponctuée, n'offrant presque pas de ramollissement ». Je ne saurais mieux faire que de citer ici la description que donne M. Diday de l'apoplexie capillaire des circonvolutions, description qui rendra évidents et les rapports et les différences qui existent entre cette apoplexie et la maladie que j'ai décrite.

« L'apoplexie capillaire des circonvolutions se présente sous la forme de plaques plus ou moins larges, irrégulières, arron-

(1) Cruveilhier, *Dict. de méd. et de ch. pr.*; tom. III.
(2) Diday, *loc. cit.*

dies, occupant ordinairement toute l'épaisseur de la substance grise, qui est le siége à leur niveau d'une coloration rouge-noire, ponctuée, semblant due à l'interposition dans l'intervalle de ses molécules, d'une multitude de petites gouttelettes de sang noir et coagulé; par l'effet de l'imbibition consécutive, les points intermédiaires à ce ponctué présentent eux-mêmes une couleur rouge. Il arrive quelquefois que la circonférence des plaques infiltrées est le siége d'une rougeur qui diffère de celle que l'on observe dans l'hémorrhagie capillaire, en ce que la coloration est d'un rose vif, que cette teinte est uniforme, et qu'elle est accompagnée d'un ramollissement pulpeux. Cette altération, bien évidemment secondaire, permet de comparer ces deux états voisins, comme types, l'un de l'apoplexie capillaire, l'autre du ramollissement inflammatoire. »

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur des différences aussi tranchées que celles que nous montre ce passage : d'un côté, plaques circonscrites d'un pointillé rouge-noir, accompagnées à peine de ramollissement; d'une autre part rougeur uniforme étendue à toute la superficie du cerveau ou d'un hémisphère, avec ramollissement pulpeux, etc. Quant aux rapports qui existent entre ces deux altérations, ils sont tels que ceux que nous trouvons partout entre l'exhalation sanguine et la congestion ou le premier degré de l'inflammation. Lorsqu'une congestion violente se fait vers la poitrine, du sang s'exhale souvent dans les bronches, souvent même des noyaux d'apoplexie pulmonaire le montrent infiltré dans le tissu des poumons. Que l'on examine un phlegmon avant que la suppuration s'y soit formée, et l'on trouvera, pour peu que l'inflammation ait eu d'intensité, du sang infiltré dans le tissu cellulaire. Ainsi, dans deux de nos observations, on a trouvé des plaques d'apoplexie capillaire que nous croyons résulter uniquement de l'effort de la congestion, et cela d'autant plus que ce sont les deux cas où la maladie a marché avec le plus de violence. Dans les autres observations, l'absence complète de plaques apoplectiques démontre avec évidence que ces deux altérations sont tout à fait distinctes l'une de l'autre.

M. Calmeil a décrit, comme une encéphalite chronique, une altération que l'on rencontre souvent dans le cerveau des aliénés atteints de paralysie générale (1), et qui n'est pas sans quelque ressemblance avec celle que j'ai rencontrée dans les cas cités plus haut.

Cette altération est caractérisée par une coloration violacée de la substance grise dont la consistance est plus souvent conservée ou même augmentée que diminuée, et par des adhérences serrées de la pie-mère qui entraîne avec elle de larges plaques de la couche la plus superficielle des circonvolutions. M. Lélut (2) fait parfaitement ressortir la différence qui existe entre l'*encéphalite aiguë*, que j'ai décrite, et l'*encéphalite chronique* de M. Calmeil, en disant que dans cette dernière « l'altération la plus constante ou, si l'on veut, la plus logique est un retrait plutôt qu'une atrophie de la substance cérébrale,... ce qui nécessite un épanchement consécutif dans l'arachnoïde et la pie-mère, épanchement qu'on a pris mal à propos pour la cause principale de la maladie ». Je n'ai pas besoin, je pense, d'opposer à ce *retrait* de la substance cérébrale l'état de turgescence que nous avons constamment observé à la superficie du cerveau, ni de faire remarquer que d'un côté l'état de démence et de paralysie devait faire soupçonner en effet l'existence d'une altération chronique du cerveau, et que d'un autre côté l'apparition subite des accidents annonçait une lésion aiguë de l'organe encéphalique.

On ne confondra pas davantage l'altération qui fait le sujet de ce mémoire avec l'hypertrophie du cerveau, et en particulier des circonvolutions. Essentiellement chronique, cette dernière altération s'annonce dès longtemps par une modification plus ou moins profonde des fonctions cérébrales; en outre, la pâleur et

(1) Calmeil, *De la paralysie considérée chez les aliénés.*

(2) Lélut, *Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et la folie.*

la consistance du tissu hypertrophié, l'anémie et la sécheresse des méninges lui donnent un aspect tout particulier (1).

Conclusions.

1° Il est une maladie caractérisée anatomiquement par la rougeur et la tuméfaction des circonvolutions cérébrales dans une grande étendue, avec ramollissement superficiel de la substance grise, et adhérences des méninges; pathologiquement par des symptômes apoplectiques graves, tout à fait semblables à ceux d'une hémorrhagie cérébrale, et en particulier d'une hémorrhagie ventriculaire.

2° Cette maladie ne paraît être autre chose qu'un premier degré d'encéphalite.

3° Cette assertion s'appuie sur l'étude des lésions anatomiques dont la réunion caractérise manifestement une inflammation.

4° La forme des symptômes n'est pas en contradiction avec cette interprétation des lésions anatomiques, et le rapport qui les unit peut être facilement saisi.

5° La lésion la plus constante, la plus générale, la lésion essentielle et certainement primitive, est la congestion. Or la maladie débute précisément comme cette forme de congestion cérébrale à laquelle on a donné le nom de coup de sang.

6° Le ramollissement et les adhérences des méninges, éléments inflammatoires de la maladie, se développent consécutivement à la congestion; car, toujours peu prononcés, ils manquent quelquefois, et n'occupent souvent qu'une partie des points congestionnés.

7° S'ils ne s'accompagnent pas de symptômes inflammatoires, c'est que la compression du cerveau, suite de la tuméfaction des circonvolutions, s'oppose au développement de ces derniers.

(1) Calmeil. *Dict. de Méd.* Art. Encephale. Andral. *Loco cit.* T. V. — Dance. *Rép. gén. d'anat. et de Physiol.* T. V. 2° part. — Delaberge et Monneret. *Comp. de Méd. Prat.* T. II., p. 172.

8° Ce qui le prouve c'est que dans des cas où l'on a trouvé une altération toute semblable, mais peu étendue, et par conséquent ne produisant pas une compression générale, on a presque toujours observé des symptômes de méningo-céphalite, qui ne laissaient pas de doute sur la nature de la maladie.

Mémoire sur les fongus de la tête;

Par le docteur Ch. A. Osius de Hanau (1).

Il règne encore sur le siége primitif, le développement et la nature des fongus de la tête, une incertitude qu'il faut attribuer à la rareté de cette affection, au peu d'occasions qu'on a eues de l'observer à son début, de la suivre dans sa marche, de l'étudier dans ses caractères anatomiques, enfin à l'état peu avancé de nos connaissances sur les affections organiques des os en général.

Dans une longue et vaste pratique, C. C. V. Siebold n'a vu que deux malades atteints de fongus crânien, B. V. Siébold un seul, Walther deux, Klein un, Chélius quatre : la dissection n'a permis d'étudier l'anatomie pathologique de ces tumeurs, sur le cadavre, que deux fois à Louis, une fois à Wenzel et deux fois à Chelius.

Le mémoire de Louis, publié en 1774 (*Mém. de l'Ac. de Chir., vol. V*). fut la première monographie écrite sur cette matière : ce chirurgien, se fondant sur vingt et une observations, dont deux seulement lui appartenaient, enseigna, comme on le sait, que les tumeurs fongueuses se développaient primitivement

(1) Traduit des *Ann. médic. de Heidelberg*, 1838, t. IV, cah. 3. On peut consulter sur le même sujet l'article publié par M. Velpeau, dans le *Dictionnaire de médecine*, 2e édit. t. X, p. 520, article auquel ce mémoire peut servir de complément.

sur la face externe de la dure-mère, altéraient au bout de quelque temps les os, par la compression qu'elles exerçaient sur eux, et finissaient par les perforer de dedans en dehors.

Cette théorie, appuyée par les frères Wenzel (*Uber die schwammigen Auswüchse auf der aüss. Hirnh.* Mayence, 1811), qui, après avoir rappelé tous les cas connus de fongus de de la dure-mère, y ajoutèrent les résultats fournis par la dissection d'une semblable tumeur trouvée par eux sur un cadavre, fut adoptée jusqu'en 1820, c'est-à-dire pendant quarante-six ans, par la presque totalité des chirurgiens français (1), anglais (2) et allemands (3), malgré plusieurs observations contradictoires recueillies à différentes époques et en divers lieux. Sandifort (4), C. C. V. Siebold (5), annonçant que les os eux-mêmes, et spécialement le diploé, pourraient être le siége primitif des tumeurs fongueuses, n'avaient pas été mieux accueillis que Petit qui, bien avant Louis, avait considéré celles-ci comme résultant de la carnification des os.

Ce ne fut donc qu'en 1820 que Walther (6) parvint à convaincre ses contemporains, par des démonstrations théoriques et pratiques, de la justesse des opinions émises par Sandifort et Siebold, et des erreurs du système de Louis et de Wenzel. Là commença la seconde époque de l'histoire des tumeurs fongueuses.

Walther enseigna que les tumeurs appelées *fongus de la dure-mère* n'appartiennent point à cette membrane, mais au contraire aux os du crâne, et se développent soit dans le diploé (pour se propager ensuite au moyen des anastomoses vasculaires qui existent entre celui-ci, le péricrâne et la dure-mère, en dehors et en dedans, détruisant ainsi les lames osseuses internes et externes), soit en même temps dans la dure-

(2) Boyer, *Traité des malad, chirurg.*, t. V, p. 176. —(2) Sam. Cooper, *Dict. de chirurg.*, t. I.—(3) Richter, *Anfangs gr. der Wundarzneik* t. II, § 216. — (4) *Descript. mus. anatom. acad. Lugd. Batav.* 1785, t. I, p. 152. — (5) *Arnemann's Magaz. fur die Wundarzeik. Bd. St.* 4. *P.* 389. — *Graefe's und Walther's Journ.*, t. I. Heft. 1. *P.* 55.

mère, le diploé et le péricrâne. Ce chirurgien rejeta d'ailleurs la dénomination de fongus du crâne, proposée par Siebold, comme celle de fongus de la dure-mère.

La question devint à l'ordre du jour, donna lieu à de nouvelles investigations et fut examinée par un grand nombre de chirurgiens (1).

La plus grande partie de leurs recherches vint à l'appui des opinions de Walther, et celles de Louis tombèrent tellement en discrédit qu'Ebermaier écrivit en 1829 : « *On ne » connaît pas encore une observation authentique et bien » démontrée de véritables fongus de la dure-mère.* » *Loc. cit.* § 25.

En 1832, Chelius vint à son tour montrer que la théorie de Walther était beaucoup trop exclusive, et que si ce chirurgien était en contradiction avec Louis et Wenzel, cela tenait à ce que des affections très différentes avaient été considérées par eux comme identiques ; que ces derniers avaient en effet observé des fongus *de la dure-mère*, tandis que le premier et Siebold avaient vu des fongus *du crâne*, et que par conséquent il fallait, pour l'étude des tumeurs fongueuses de la tête,

---

(1) Parmi ces chirurgiens il faut citer : Paletta (*Exercitat. patholog.* Milan, 1820. p. 93), Ficker (*Graefe's und Walther's journ.* Bd. 11. Heft 2. p. 218), Schnieber (*Ibid.* Bd. II. Heft. 4. p. 641); Wishart (*Cases of tum. in the skull. dur. mat. and brain.* in *Edingb. med and sur journ.* Juillet 1822), Klein (*Graefe's und Walth. Journ.* Bd. III. p. 614), Eck (*Ibid.* Bd. V. Heft. I. p. 105), Schwarzschild (*Diss. de fung. Cap.* Heidelberg. 1825), Seerig (*Nonnulla de fungo dur. mat. orig. et diagn.* Breslau), Graff (*Graefe's und W. Journ.* Bd. X. Heft. 1. p. 76), Blasius (*Rust's magaz.* Bd. XXXIII. p. 1), Otto (*Neue seltene Beobacht. aus der Anat. physiol. und Pathol.* Berlin. 1824. p. 82), Schneider (*Zeitschrift fur Anthropologie.* 1824. Heft. 2), Pfeufer (*Graefe's und W. Journ.* Bd. XV. p. 50), Schindler (*Rust's Mag.* Bd. XXV. p. 267), Tilanus (*Diss. de fungo dur. mening. excresc.* Utrecht, 1828), Flandin (*Journ. complém. des sc. méd.* T. XLI. p. 173), Ebermaier (*Uber den Schwamm der Schaelknochen* Dusseldorff. 1823), Schleicher (*Diss. fung. dur. matr. observ. sing. Revol.* 1823), Unger (*Beitrage zur Klinik.* Leipzig. 1830. Pars. I. p. 264), Chelius (*Zur Lehre von den Schwam. Ausw. der hart. Nirnh.* Heidelberg. 1831), Seifert (*Diss. de fung. Cap. et dur. mat.* In *Kleinert's Repert.* 1833. Heft. 10. p. 44) et Kosch (*Graefe's und W. journ.* Bd. XXIV. Heft. 4. p. 543).

réunir les deux théories au lieu de choisir entre elles. S'appuyant sur des faits bien observés, Chelius démontra que ces tumeurs pouvaient naître du péricrâne externe, des lames osseuses externes, du diploé, des lames osseuses internes, de la face externe de la dure-mère, ou péricrâne interne, ou de toutes ces parties à la fois, et qu'elles pouvaient encore être compliquées de fongus de la face interne de la dure-mère.

La théorie de Chelius peut être regardée comme définitive, puisqu'elle repose sur l'observation; mais si elle a mis fin à l'incertitude qui régnait sur l'origine des tumeurs fongueuses de la tête, elle a environné de nombreuses difficultés le diagnostic différentiel des variétés établies par elle, diagnostic dont on comprend toute l'importance pour la thérapeutique.

Le cas suivant, que je vais exposer dans tous ses détails et qui sous le rapport de la non-perforation des os du crâne est presque unique dans la science, pourra peut-être servir à établir quelques unes des nuances symptomatologiques dont la détermination est aujourd'hui le but vers lequel les chirurgiens doivent diriger leurs recherches, et démontrer péremptoirement la vérité des principes que les auteurs les plus modernes n'ont énoncés qu'avec hésitation.

Observ. — Marguerite G... âgée de deux ans et demi, née de parents robustes et sains, jouit, jusqu'à la fin de 1835, d'une santé parfaite : aucun accident n'était venu troubler son développement physique et intellectuel. Au commencement du mois de janvier 1836, les parents s'aperçurent tout à coup que leur enfant avait perdu complétement la faculté de voir de l'œil droit, sans qu'il leur fût possible de rattacher cet accident à l'influence d'aucune cause extérieure, ou à l'apparition d'aucuns symptômes antécédents. La petite malade me fut amenée. Je trouvai la pupille droite immobile, dilatée, non contractile : dans la chambre postérieure on aperçoit un réseau, un nuage rougeâtre, bien que l'examen le plus scrupuleux ne fasse découvrir aucune altération dans la rétine, le cristallin ou le corps vitré. Le bulbe oculaire était uni, non proéminent; aucune injection vasculaire n'existait dans la conjonctive oculaire ni dans la sclérotique; la peau environnante n'avait rien perdu de sa sensibilité. L'œil gauche était parfaitement sain, l'état général excel-

lent, toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement, la tête était libre, non congestionnée; l'enfant n'avait rien perdu de sa gaîté.

Pendant les trois mois suivants le réseau rouge de la chambre postérieure augmenta d'intensité et d'étendue; le bulbe oculaire commença à faire une légère saillie, quelques vaisseaux se développèrent dans la conjonctive oculaire. L'enfant ne se plaignit d'aucune douleur ; on ne remarqua ni de la somnolence ni des vomissements, en un mot aucun autre symptôme que ceux que nous avons indiqués.

Au mois d'août, je vis l'enfant pour la troisième fois. La maladie avait fait d'assez grands progrès; l'œil dépassait sensiblement le rebord orbitaire, était inégal, dur; la sclérotique très injectée et livide. Le réseau rouge déjà indiqué était également plus prononcé, et donnait à l'organe un aspect tout particulier. Les autres parties constituantes de l'œil, la cornée, l'iris, la pupille, le cristallin, le corps vitré, la rétine, ne présentaient aucune altération. Quelques douleurs se faisaient maintenant sentir dans la profondeur de l'orbite et dans la moitié correspondante du crâne; l'enfant était triste et affectionnait la position horizontale; les ganglions cervicaux étaient le siége d'un léger engorgement. La face, d'une teinte jaunâtre, avait une expression de souffrance pénible à voir.

Trois semaines après, le 28 août, la petite malade me fut ramenée pour la quatrième fois. L'exophthalmie était à cette époque tellement prononcée que l'œil ne pouvait plus être recouvert par les paupières, dont l'inférieure était fortement renversée en dehors; les vaisseaux de la conjonctive formaient au devant de la cornée, altérée elle-même, un réseau vasculaire qui ne permettait plus d'apercevoir les parties profondes du globe de l'œil. Le rebord de la cavité orbitaire ne présentait d'ailleurs aucune inégalité, de même qu'il n'existait pas de trace d'une tumeur sur le crâne. La santé générale de l'enfant était profondément altérée; il y avait de la fièvre, de la constipation, de l'anorexie, de l'insomnie; la petite malade ne voulait plus quitter la position horizontale et se plaignait de douleurs profondes, vives et continues. Les facultés intellectuelles étaient restées intactes, de même que la sensibilité et la motilité.

Dès ma première visite j'avais diagnostiqué un *fongus du globe de l'œil*, et proposé aux parents de recourir à un exutoire énergique et à l'emploi de médicaments internes actifs, mais j'avais rencontré de leur part une résistance invincible, et quelques doses de calomel avaient seules été administrées. Maintenant, effrayés des progrès de

la maladie, ils ne balancèrent plus à accepter une opération qui seule pouvait encore offrir quelques chances de succès, et que je pratiquai, après avoir préalablement placé un séton à la nuque, le 1er septembre 1836, en présence de mon père et des docteurs Möller et Benjamin.

J'extirpai le globe de l'œil et la glande lacrymale, d'après le procédé de Beer : il ne s'écoula que très peu de sang, l'enfant ne témoigna presque pas de douleur, l'orbite fut remplie de charpie, et recouverte de compresses froides, pour terminer le pansement.

La masse cancéreuse extirpée avait le volume de deux yeux de bœuf, et était formée de deux segments, l'antérieur, plus petit, étant constitué par le globe de l'œil, le postérieur, représentant les deux tiers de la masse entière, par du tissu cellulaire dégénéré et un lacis vasculaire. Le nerf optique, placé à la face intérieure du segment postérieur, n'avait conservé sa texture normale qu'en dehors de la tumeur. Le segment postérieur était, dans sa portion supérieure, séparé de l'antérieur par une membrane blanche, mince, résistante, évidemment formée par la sclérotique; mais à la partie inférieure, cette membrane ne se retrouvait plus, et se confondait avec les tissus dégénérés.

Dans le segment antérieur, c'est à dire dans le globe de l'œil, le tissu cancéreux remplissait complétement la chambre postérieure, avait envahi la rétine, la choroïde, l'appareil du cristallin, et était appuyé contre l'urée. L'iris, refoulé en avant, avait conservé sa forme et pouvait être suivi jusqu'à son insertion au ligament ciliaire : la pupille était formée par une membrane assez mince; la chambre antérieure, réduite à une très petite capacité, contenait encore une petite quantité d'humeur aqueuse; la cornée, épaissie, opaque, altérée dans sa texture, n'était point perforée.

Je jugeai que le siége primitif sur lequel s'était développé ce fongus avait été le périoste orbitaire, ou l'un des os qu'il revêt.

L'opération ne donna lieu qu'à une faible réaction, fit immédiatement cesser les douleurs, et ramena la tranquillité et le sommeil.

Jusqu'au 21 décembre, l'état de l'enfant s'améliora notablement : les forces, l'appétit, la gaîté avaient reparu. L'orbite s'était remplie de bourgeons charnus de bon caractère, mais dont le développement m'avait paru trop rapide.

Le 24, les bourgeons soulevaient la paupière supérieure et faisaient saillie en avant du bord orbitaire : une teinte livide se montrait en quelques points de leur surface, qui saignait facilement.

Le 26, il ne pouvait plus y avoir de doute sur la reproduction du

cancer. Des cautérisations énergiques avec le nitrate d'argent restèrent sans effet, et bientôt l'état général devint aussi fâcheux qu'avant l'opération.

Le 29 septembre, les parents de l'enfant remarquèrent pour la première fois sur l'occipital une petite tumeur du volume d'un haricot : elle était indolente , dure et peu mobile ; en la comprimant on ne déterminait ni syncope ni vomissements. Les téguments ne présentaient aucune altération.

Le 30, la tumeur était unie, circonscrite, adhérente à l'os, tandis que la peau avait conservé sa mobilité: en l'examinant avec soin, et en procédant au diagnostic par voie d'exclusion, il était facile de reconnaître un fongus du crâne qui, en raison *de sa dureté et de la rapidité de son développement*, appartenait probablement au péricrâne. Des compresses froides d'eau de Goulard furent appliquées sur cette tumeur et sur l'œil, dix gouttes d'acide nitrique administrées à l'intérieur, le séton entretenu.

Le 8 octobre, le nouveau cancer de l'orbite proéminait du volume d'un œuf de pigeon, sa surface était couverte de pus de mauvaise nature: la tumeur du crâne avait également pris du développement.

Le 16 octobre, une troisième tumeur, du volume d'un haricot, se montra sur la région temporale droite, offrant tous les caractères de celle de la région occipitale. L'enfant était dans un état voisin du marasme, il avait une fièvre continue, des douleurs violentes dans l'orbite, le ventre douloureux et tendu: les facultés intellectuelles et la motilité n'offraient encore aucune lésion.

Le 21 octobre, la tumeur de l'orbite avait le volume du poing, la tumeur occipitale celui d'un œuf de poule, et la tumeur temporale celui d'un œuf de pigeon. La première ayant son plus grand diamètre transversalement s'avançait sur la joue jusque vers le nez, qu'elle refoulait à gauche. La paupière supérieure , sillonnée de veines variqueuses, était fortement refoulée en haut, l'inférieure s'apercevait à peine, recouverte qu'elle était par la tumeur. La seconde offrait également des veines variqueuses à sa surface, elle était molle et presque fluctuante ; on sentait, en y appliquant la main, les pulsations de quelques artères profondément placées dans son épaisseur. La troisième avait les mêmes caractères, mais était plus dure. Toutes deux étaient intimement adhérentes aux os, d'une température un peu élevée, dépouillées des cheveux qui recouvraient les téguments, dépourvues de mouvements d'élévation et d'abaissement, de pulsations de totalité, de douleurs. La vision était abolie dans l'œil gauche ; la pupille dilatée, non contractile; le globe de

l'œil continuellement poussé d'un angle à l'autre par des mouvements convulsifs.

Le 22 octobre, une hémorrhagie abondante eut lieu par le fongus orbitaire, et se renouvela deux fois dans la même journée. Du 25 au 27 eurent lieu, pour la première fois, des vomissements, des convulsions générales, de la somnolence, des syncopes, et le 28 l'enfant succomba, cinquante-huit jours après l'opération.

L'autopsie fut faite le 30 octobre, quarante-huit heures après la mort. Après avoir enlevé avec précaution les téguments du crâne, de manière à laisser les tumeurs en place, on aperçut sur le frontal, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, une quatrième dégénérescence qui n'avait pas été reconnue pendant la vie. Le cuir chevelu, au niveau de ces tumeurs, était aminci, parcouru par des veines variqueuses adhérentes à l'aponévrose occipito-frontale et au muscle crotaphyte. Le péricrâne, à une distance de deux pouces des masses cancéreuses, présentait un épaississement qui allait en augmentant jusqu'à ces masses elles-mêmes, auxquelles il était intimement uni; dans son épaisseur se ramifiaient une grande quantité de vaisseaux.

Les fongus mis à nu, on vit que leurs bases se confondaient avec les portions osseuses sur lesquelles nous avons dit qu'ils avaient leur siége. Les artères temporale et occipitale présentaient le double de leur volume ordinaire.

J'enlevai alors la voûte du crâne par un trait de scie circulaire, sans trouver aucune altération dans les os. La dure-mère épaissie, rougeâtre au niveau des tumeurs, offrit une dilatation considérable des sinus transverses, et des artères méningées moyenne et postérieure. A la partie externe de la tente du cervelet, et sur la dure-mère, des deux côtés du *processus falciformis sup.*, se trouve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, qui a comprimé le cervelet et les lobes postérieurs du cerveau; autour d'elle les méninges sont épaissies. Sur la portion de la dure-mère correspondante à la portion squameuse du temporal, existe une tumeur semblable, mais n'ayant que les dimensions d'une pièce de quarante sous : une autre plus petite se trouve encore au niveau de l'épine frontale, à gauche. Toutes ces dégénérescences sont placées entre la face externe de la dure-mère et les os, de telle sorte qu'en enlevant la méninge, elles restent adhérentes au crâne. Mais au niveau de la selle turcique et du trou optique droit, se trouve à la *face interne* de la dure-mère, entre elle et la base du cerveau, une petite masse du volume d'une noisette, ramollie, friable et intimement unie à la méninge. La face externe de celle-ci n'offre au point correspondant

aucune altération, de même que sa face interne n'en présente pas au niveau des points dans lesquels l'externe est en rapport avec les tumeurs que nous avons indiquées.

A la base du cerveau on trouve le chiasma des nerfs optiques, le nerf olfactif droit, l'infundibulum, les corps mamillaires et une portion du lobe antérieur réduits, par la présence de la tumeur correspondante, en une bouillie rougeâtre. Dans la portion du lobe postérieur, correspondant à la tumeur placée sur la tente du cervelet, la substance cérébrale était condensée, dure, compacte. Le cervelet, d'un petit volume, paraissait avoir subi, par l'effet de la compression à laquelle il avait été soumis, une espèce d'atrophie.

Je passai alors à l'examen des os du crâne auxquels les six tumeurs indiquées étaient restées attachées. Le mode d'insertion était le même à l'extérieur et à l'intérieur du crâne; après avoir, avec le manche du scalpel, séparé la dégénérescence de l'os, on trouvait sur celui-ci une surface rugueuse, hérissée de petites aspérités d'une demi-ligne d'élévation, comme poreuse : cette altération ne comprend que les lames externes ou internes superficielles et ne s'étend point jusqu'au diploé, qui est partout à l'état normal. Il n'y a pas trace de pus, et dans aucun point, pas même dans la portion squameuse du temporal, les os ne présentent la plus petite perforation, de sorte qu'une cloison osseuse complète sépare partout les fongus externes des internes.

Quant aux fongus, tous de formes ronde ou ovale, à l'exception de celui qui reposant sur la tente du cervelet avait dû prendre la forme des parties sur lesquelles il reposait, ils étaient formés par un tissu plus ou moins mou et compacte, composé de tissu cellulaire et d'un lacis vasculaire n'offrant ni cavités, ni infiltration purulente, séreuse ou sanguine.

Examinons rapidement les points les plus intéressants que présente cette observation.

1° Il est fort rare de trouver sur le même individu, et surtout sur un enfant de deux ans et demi, une dégénérescence fongueuse aussi étendue. Neuf fongus se présentent ici, différents de siége, de forme, mais tous identiques dans leur nature. Meckel en a rencontré quatre sur le même sujet, Baillie cinq, Paletta huit; Sandifort seul, qui en a compté jusqu'à dix-huit, en a vu un nombre supérieur au nôtre.

2° Le développement de ces dégénérescences ne peut être

rattaché qu'à la *diathèse fongueuse* admise par Chelius (*Chirurg. Bd. II.* § 19—30.) et appelée par Most *Dyscrasia neuro-fungosa* (*Encyclop. der gesamt. Med. und Chir. Prax. Bd. I. P.* 525). Il faut remarquer que chez notre malade, cette diathèse ne se rattachait à aucune disposition héréditaire non plus qu'au vice scrofuleux, vénérien ou rachitique. Aucune cause appréciable n'explique pourquoi la manifestation, le développement de cette diathèse générale a eu lieu sur l'extrémité supérieure. Le travail de la dentition et l'état de congestion cérébrale qui l'accompagne ont-ils eu quelque influence sur cette localisation?

3° La détermination du siége primitif de ces différentes tumeurs donne un démenti formel aux assertions de Siebold et de Walther, car celles du crâne n'avaient pris naissance ni dans le diploé, ni simultanément dans le diploé, le péricrâne et la dure-mère, mais bien isolément dans chacune de ces deux dernières parties. D'autre part, Walther (*loc. cit.*, p. 196) et Graff (*loc. cit.*, p. 132) ne pourraient plus dire aujourd'hui que « *la face interne de la dure-mère n'est jamais le siége d'une dégénérescence cancéreuse* »; assertion d'ailleurs déjà combattue par Chelius et Ebermaier.

4° La destruction complète, ou du moins une perforation plus ou moins considérable des os du crâne, dans les points correspondants aux tumeurs, fut regardée par tous les auteurs et jusque dans ces derniers temps comme un signe pathognomonique des fongus crâniens. Ebermaier et Chelius, se fondant chacun sur une observation, entrevirent déjà que cette circonstance pouvait bien n'être qu'accidentelle et par conséquent non caractéristique; mais leur opinion avait encore besoin de confirmation; car dans le fait recueilli par le premier, il y avait une tendance manifeste à la destruction du tissu osseux d'une part, et à sa reproduction de l'autre (Ebermaier, *loc. cit.*, tab. VII, VIII), et dans celui observé par Chelius, un stylet même put en plusieurs points traverser les os. Notre observation ne laisse plus

subsister aucun doute et montre que le diploé peut être entièrement étranger à la dégénérescence.

5° Les dilatations artérielles que nous avons indiquées, la structure et la vascularité des tumeurs, doivent faire considérer celles-ci comme appartenant au *fongus hæmatodes*, dans le sens que Hey et Walther ont donné à cette dénomination, d'où il résulte que le diploé n'est pas, comme l'ont pensé quelques auteurs, le siége exclusif de cette forme cancéreuse. D'autre part, si le fongus hæmatode est souvent une transformation du fongus médullaire, il est évident qu'ici cette forme a été primitive, puisqu'elle se retrouvait jusque dans la petite tumeur qui, placée à côté de l'épine frontale, était au début de son développement.

6° Une circonstance bien remarquable est que l'intégrité des fonctions cérébrales se soit maintenue presque jusqu'à la mort du malade; car si quatorze jours auparavant l'œil gauche perdit la faculté de voir et fut agité par des mouvements convulsifs, les vomissements, les convulsions générales et le coma ne précédèrent la mort que de trois jours. Ce fait est d'autant plus extraordinaire, qu'en tenant compte du volume et du ramollissement des tumeurs fongueuses décrites, caractères qui sont toujours en raison directe de l'ancienneté de la dégénérescence, on est conduit à admettre que le premier fongus développé avait été celui que nous avons vu placé à la surface interne de la dure-mère, au dessous de la base du cerveau. On ne saurait mieux expliquer ici qu'on ne l'a fait pour les cancers du cœur et des veines observés par Hecker (*Wissenschaftl. Annal*, t. III; Heft. 2, p. 234), Pemberton, de Haen (vol. IV, p. 182), Casper (*Wochenschr*, 1838, n° 40, p. 642), l'absence totale de symptômes, que toutes les lois physiologiques et pathologiques semblent rendre inévitables.

7° Les tumeurs extérieures se sont développées avec une rapidité qui n'a pas encore été observée et qui pourrait faire admettre un *fongus aigu*. Chez le premier malade de C. Siebold, l'affection dura plusieurs années; chez celui de B. Siebold, trois

ans; chez le premier de Walther, trois ans; chez le second, plus de six années; chez celui de Graff, trois ans; chez l'enfant de quatre ans observé par Ebermaier, sept mois. Ici les fongus se développèrent et arrivèrent à leur période de ramollissement en *trente jours*.

Quelles sont maintenant les affections avec lesquelles on pourrait confondre les fongus de la tête?

A. Les loupes sont mobiles sous les téguments et sur les surfaces osseuses.

B. Les tumeurs inflammatoires sont douloureuses à la pression.

C. Les abcès par congestion sont accompagnés des symptômes d'une carie osseuse.

D. Les anévrysmes présentent des pulsations fortes, de totalité, des mouvements d'expansion générale.

E. Le cancer médullaire des parties molles a un siége qui, au début surtout, peut toujours être facilement apprécié.

F. L'encéphalocèle détermine une tumeur molle, élastique, entourée d'un bord osseux; lorsqu'on la comprime ou qu'on la réduit, il se manifeste des accidents cérébraux.

Le diagnostic différentiel entre les *fongus du crâne* et les *fongus de la dure-mère* est plus important et plus difficile à établir. Apprécions séparément les bases sur lesquelles il repose.

1° *Pulsations*. Dans les fongus de la dure-mère, les pulsations sont si énergiques qu'elles font croire quelquefois à l'existence d'un anévrysme. Elles diminuent d'intensité à mesure que la tumeur augmente de volume. Elles sont dues en partie aux artères de la base du crâne (Klein, Chelius, Kosch), en partie aux artères qui se distribuent à la surface ou dans l'épaisseur de la tumeur. Ces pulsations sont isochrones aux battements du pouls.

Dans les fongus du crâne il n'y a pas d'expansion, on ne sent que quelques pulsations isolées, déterminées par les vaisseaux développés dans la tumeur, ou une espèce de soulèvement comme si le fongus reposait sur une grosse artère (Walther,

Graff, Chelius). Quelquefois on entend un bruissement, un murmure semblable à celui que produit le mouvement d'une montre (Walther, Chelius).

2° *Irréductibilité*. Les fongus de la dure-mère peuvent être réduits, refoulés en totalité (Chelius), ou en partie (Louis, Marrigues, Klein, Kosch), dans la cavité crânienne, et cette réduction donne lieu tantôt à des symptômes de compression cérébrale (Klein), tantôt à des douleurs très vives (Chelius, Kosch), tantôt au contraire se fait sans aucun accident (Chelius, Kosch). Aussitôt que l'on cesse la compression, la tumeur se reproduit brusquement ou peu à peu (Chelius, Kosch). La réduction est cependant quelquefois impossible lorsque la tumeur est très volumineuse, inégale, ou que la perforation osseuse est irrégulière (Paletta, *loc. cit. cap.* 100).

Les fongus du crâne sont toujours irréductibles, quelque petit que soit leur volume.

3° *Perforation des os du crâne*. Les fongus de la dure-mère sont *toujours* entourés d'un cercle osseux, dont la circonférence entière ou un arc plus ou moins considérable se fait sentir à l'extérieur, et qui résulte de la perforation des os du crâne, qui donne passage à la tumeur dans les fongus du crâne; les os ne sont presque jamais perforés et le rebord osseux manque par conséquent (Walther, Eck, Ebermaier).

4° *Douleur*. Les fongus de la dure-mère s'accompagnent, selon que le rebord osseux qui étreint leur base est plus ou moins tranchant, d'une douleur plus ou moins vive que l'on fait cesser en réduisant la tumeur (Wenzel).

Les fongus du crâne sont indolents, même à une forte pression (Walther, Graff, Ebermaier, Chelius).

5° *Lésions des fonctions cérébrales*. Les fongus de la dure-mère s'accompagnent ordinairement, dès le début, de symptômes d'irritation cérébrale, de céphalalgie générale, de perte de la mémoire, de coma, de *paresis*. Ils déterminent des phénomènes sympathiques tels que la constipation, l'amaigrissement, l'ischurie ou l'*enuresis*. Lorsqu'ils deviennent appa-

rents à l'extérieur, alors surviennent les vomissements, les syncopes, etc.

Dans les fongus du crâne, tous ces symptômes manquent ou ne s'observent qu'à une époque très avancée de la maladie, lorsque la tumeur a acquis un volume très considérable et détermine une compression de l'encéphale.

6° *Nombre des tumeurs.* Chelius, Kosch, Louis, Marrigues et presque tous les chirurgiens qui ont observé des fongus de la dure-mère, n'en ont jamais vu qu'un seul sur le même individu. Je ne connais que Klein et Wenzel qui en aient compté le premier deux, le second cinq.

Il est très rare que le développement d'un fongus du crâne ne soit pas suivi de celui de plusieurs autres, et les observations de Paletta et de Sandifort montrent qu'on peut en rencontrer un très grand nombre sur le même malade.

7° *Développement et volume des tumeurs.* — Les fongus de la dure-mère se développent plus rapidement que ceux du crâne et n'atteignent jamais le volume de ceux-ci.

8° *Marche et durée de la maladie.* — Il est facile de comprendre pourquoi, dans les fongus de la dure-mère, la marche est plus régulièrement progressive et pourquoi la mort arrive plus tôt que dans les fongus du crâne. Jamais, pour les premiers, on n'a vu la maladie se prolonger pendant cinq ou six années, comme l'ont observé Chelius et Walther pour les seconds.

9° *Frequence de l'affection.* — Les fongus du crâne sont beaucoup plus fréquents que ceux de la dure-mère. Les premiers ont été observés par Petit, Camerarius, Sandifort, Engerran, Heister, C. Siebold, B. Siebold, Eck, Graff, Schnieber, Schindler, Seerig, Paletta, Pfeuffer, Otto, Schneider, Ebermaier, Chelius.

Louis, Marrigues, Wenzel, Klein, Chelius, Kosch et Paletta ont seuls vu des fongus de la dure-mère. Ficker et Flandin ont à tort donné ce nom aux tumeurs qu'ils ont décrites (1).

(1) S'il reste encore quelque doute sur le siége des tumeurs observées

10° *État des os du crâne.* — Dans les fongus de la dure-mère, les os sont détruits dans une étendue plus ou moins considérable, par compression, absolument comme ils le sont par un anévrysme ; mais leur tissu n'est pas altéré, et autour de la perforation et par conséquent de la tumeur apparente à l'extérieur, on ne peut reconnaître aucun état morbide. Dans les fongus du crâne, au contraire, les os sont dans une étendue plus ou moins considérable cariés, rugueux, bosselés, ramollis, mais le plus ordinairement épaissis par des couches osseuses de nouvelle formation. La perforation, *constamment déterminée* par les premiers lorsqu'ils ont acquis un certain développement, est presque toujours circulaire, taillée en biseau aux dépens de la lame interne, à bords unis ; lorsqu'elle existe dans les fongus du crâne, ce qui est très rare, elle offre des formes variables, est taillée en biseau aux dépens de la lame externe, et a des bords irréguliers, garnis d'aspérités.

11° *Rapports entre la tumeur et les os.* — Lorsque les fongus de la dure-mère s'étendent à l'extérieur du crâne après s'être ouvert un passage par la perforation des os, ils cachent quelquefois celle-ci sous leur masse et rendent sa constatation difficile ; mais comme ils sont entièrement étrangers aux os, ils peuvent être réduits, à moins qu'ils n'aient contracté des adhérences avec le péricrâne ou qu'il n'y ait une trop grande disproportion entre le volume de la tumeur et les dimensions de l'ouverture du crâne. Cependant, même dans ces circonstances, on peut toujours soulever une partie de la tumeur et reconnaître qu'elle n'est point unie aux surfaces osseuses.

Dans les fongus du crâne, la tumeur fait partie intégrante des os, ne peut en être isolée dans aucun point, et ne permet aucun mouvement de glissement.

par Walther (*Journ. complém.* T. XXXIV. p. 315), Abercrombie (*Diseases of the brain.* p. 182) et Chopart (*Mém. de Louis.*), etc., il est impossible de ne pas considérer comme de véritables fongus de la dure-mère celles décrites par MM. A. Bérard, Dupuytren, Cruveilhier, et dont quelques unes se seraient même développées sur la pie-mère ou le tissu sous-arachnoïdien (Cruveilhier, *Anat. path.* 8e livr. p. 9—12.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie pathologique.

Rapport entre la respiration et la circulation, par le docteur Charles Hooper. — L'auteur établit, d'après de nombreuses observations, que le rapport numérique entre le total des respirations et les pulsations est comme 1 est à 4 1/2 (excepté dans la première enfance), et ce rapport est si constant, selon lui, que toute variation considérable est une indication assez certaine de maladie ou de difformité, pourvu qu'il n'y ait point d'obstacle mécanique à la descente du diaphragme, tel que l'obésité, la grossesse, la distension des viscères abdominaux, etc., qui, en empêchant la plénitude de l'inspiration, augmentera nécessairement sa fréquence. Lorsqu'il existera une augmentation de fréquence des mouvements respiratoires disproportionnée, on pourra tirer la conclusion générale qu'il y a quelque obstacle à l'*aération* du sang, dû 1° au désordre des des poumons ou des voies aériennes ; 2° à quelque empêchement mécanique des mouvements respiratoires ; 3° à l'imperfection des nerfs pulmonaires. *(British and Foreign review.* Janvier 1839.)

Pouls (*De l'influence du changement de position sur le*), *par le docteur* Guy. — Dans cette seconde partie du très long mémoire dont nous avons déjà donné les principales conclusions, l'auteur cherche à apprécier cette influence, suivant les différences de sexe et d'âge. D'après des expériences faites sur 100 hommes et 50 femmes, il conclut que le pouls de la femme adulte surpasse le pouls de l'homme du même âge moyen de 10 à 14 battements par minutes : dans la position debout, il est plus fréquent d'environ 1/8; dans la position assise 1/6, dans la position horizontale de plus de 1/5. L'effet produit par le changement de posture sur la fréquence du pouls serait plus considérable chez l'homme que chez la femme : il serait moins prononcé dans la jeunesse que dans l'âge adulte. La différence du pouls, le matin et le soir, serait de 11 battements.

(*Guy's hospital reports*, octobre 1838.)

Cause du bruit respiratoire. — M. Spittal termine ainsi un

mémoire où il consigne ses expériences et ses observations sur la cause des bruits de la respiration : « Il me semble raisonnable de conclure que le bruit perçu dans le canal supérieur de la respiration, et appelé guttural par M. Beau, exerce une ceraine influence sur les bruits respiratoires, sans toutefois prétendre qu'il en soit exclusivement la source. »

(*Edinburgh medical and surgical Journal,* octobre 1838.)

Menstruation supplémentaire (*observation de*).—Dans un manuel des principales maladies des femmes, publié à Dublin en 1838 par le docteur Fleetwood Churchill, on trouve l'observation suivante : « Marie Murphy, âgée de 21 ans, d'une santé délicate, avait été tourmentée de violents maux de tête avant son entrée à l'hôpital. Pendant son séjour dans l'établissement, ses règles ne vinrent point, et, peu de temps après, elle fut prise d'hémorrhagie par les deux oreilles, qui se répéta tous les trois ou cinq jours, et qui durait chaque fois plusieurs heures. Très souvent elle rendait de quinze à vingt onces de sang, qui ne se coagulait point, non plus que celui d'une saignée qu'on lui fit au bras. On fortifia l'économie par un traitement convenable, et les intervalles entre les hémorrhagies s'éloignèrent, mais elles duraient encore quand la malade quitta l'hôpital. Elle fut prise chez elle de vomissements de sang qui firent presque cesser l'hémorrhagie par les oreilles, puisque celle-ci ne revenait plus qu'une ou deux fois par mois. Ces hémorrhagies furent à la fin remplacées par une diarrhé abondante qui fut guérie par l'opium. Les règles revinrent ensuite. »

(*Edinburgh Journal.* Octobre 1838.)

Sang des diabétiques (*Sucre dans le*). — Le docteur Rees indique un nouveau procédé pour constater dans le sang des diabétiques la présence du sucre qui a souvent échappé aux recherches des chimistes les plus habiles :

« On fait évaporer jusqu'à siccité la masse du sang (12 onces), au bain marie : cette masse, divisée, est soumise à l'eau bouillante pendant plusieurs heures ; la solution aqueuse est filtrée, évaporée jusqu'à siccité, et le résidu, desséché de nouveau, digéré dans de l'alcool à 0,825 de pesanteur spécifique. Cette solution alcoolique est filtrée elle-même, ou décantée avec soin, évaporée jusqu'à siccité, et la masse sèche traitée plusieurs fois par l'éther rectifié qui dissout l'urée et un peu de matière grasse, laissant le sucre mélangé avec l'osmazome et le chlorure de sodium. Cette masse est dissoute dans l'alcool, et la solution en s'évaporant spontanément dans un vase en verre plat fournit des cristaux mélangés de chlorure alcalin et de sucre diabétique qu'il est facile de distinguer l'un de l'autre, et de séparer mécaniquement en les faisant tomber dans l'alcool où le

chlorure va au fond, tandis que le sucre qui surnage peut être enlevé facilement avec une spatule.

Voici l'analyse de mille grains de sérum diabétique, la pesanteur spécifique de l'urine étant 1048.

Eau	908,50
Albumine (fournissant par l'incinération des traces de phosphate de chaux et d'oxyde de fer)	80,35
Matières grasses	0,95
Sucre diabétique	1,80
Extractif animal, soluble dans l'alcool, urée	2,20
Albuminate de soude	0,80
Chlorure alcalin avec traces de phosphate, carbonate alcalin, et traces de sulfate, résultat de l'incinération	4,40
Perte	1

La proportion du sucre diabétique indiquée dans ce tableau n'est donnée par le docteur Rees que d'une manière approximative, car il est impossible de la séparer complétement de toute impureté, et d'estimer la perte éprouvée pendant la manipulation, et qui doit être considérable. Le docteur Rees attribue le succès avec lequel il a réussi à obtenir du sang de diabétique le sucre sous la forme caractéristique, à l'emploi surtout de l'éther qui le sépare de l'urée et de la matière grasse. L'éther du commerce spécialement, dont la pesanteur spécifique est 0,754, et qui contient un peu d'alcool, est un dissolvant actif de l'urée, tandis qu'il n'exerce aucune action sur le sucre diabétique. (*Guy's hospital reports*, octobre 1838.)

Pathologie et Thérapeutique médicales.

Anévrysme disséquant de l'aorte a la première période (*Observation d'un*); par Paul B. Goddard, *démonstrateur d'anatomie à l'université de Pensylvanie.*—Une cuisinière fut prise à cinq heures du soir, en faisant un effort, de faiblesse avec oppression au cœur. Elle mourut le soir même. A l'autopsie, on trouva le péricarde distendu par huit onces environ de sang noir, en caillots solides. Le cœur était volumineux et gras, mais d'ailleurs à l'état normal. La membrane interne de l'aorte présentait une coloration jaunâtre, et était parsemée de petites plaques osseuses. A près de trois quarts de pouce des valvules semi-lunaires, on constata une rupture transversale d'environ un pouce de long, et qui pénétrait à moitié de l'épaisseur de la tunique moyenne. De ce point partait un canal qui se dirigeait en haut et en bas, produit par le décollement des lames de la tunique moyenne, et s'étendant en largeur jusqu'à une demi-circonférence de l'artère. Le canal supérieur suivait la courbure de l'aorte et descendait jusqu'à la naissance de la huitième artère in-

tercostale, abandonnant l'aorte au sommet de la crosse pour courir quelques pouces entre les tuniques du tronc innominé, de la carotide primitive et de la sous-clavière gauches. Tout ce canal était occupé par un caillot de sang noir. Le canal inférieur qui paraissait s'être formé consécutivement, et qui, selon toutes les probabilités, fut cause de la mort de la malade, s'étendait depuis la rupture de la tunique interne jusqu'au point de jonction du feuillet fibreux du péricarde avec l'origine de l'aorte : il passait entre deux, et par une rupture du feuillet séreux du péricarde il aboutissait dans la cavité. (*American journal of med. sc.*, novembre 1838.)

Anévrysme disséquant de l'aorte (*observation d'un*), par le docteur C. W. Pennock, médecin de l'hôpital de Philadelphie. — Une négresse, âgée de 75 ans, entra à l'hôpital de Philadelphie le 20 décembre 1835. Sa santé avait toujours été bonne, lorsqu'il y a huit ans elle éprouva un peu de dyspnée et des palpitations, surtout en montant un escalier. Pendant l'été de 1827, elle faisait de grands efforts musculaires pour amener l'eau d'une pompe, lorsque tout à coup elle ressentit une douleur vive au sternum, suivie de fortes palpitations et d'étouffement. La douleur augmenta d'intensité, resta fixée au devant de la poitrine pendant une quinzaine de jours; elle devint lancinante, s'étendit du sternum au dos, et fut suivie d'une petite toux, sans fièvre marquée. La douleur dura trois mois, et quand elle cessa, la dyspnée était assez grande pour empêcher la malade de se livrer à aucun effort. La toux, la dyspnée, continuèrent avec des variations suivant les saisons, moins fortes en été et plus en hiver. Elles augmentèrent beaucoup après une attaque de choléra en 1833. Pendant les quatre dernières années, la malade éprouva, outre ces accidents thoraciques, de vives douleurs utérines avec sentiment de pesanteur dans le petit bassin, et par moments suppression d'urine. Depuis deux ans il y eut des pertes utérines qui revenaient à des intervalles presque réguliers de trois semaines. Les extrémités inférieures furent souvent œdémateuses.

Quand elle entra à l'hôpital, elle présentait l'état suivant : physionomie inquiète, orthopnée; pas de céphalalgie; faiblesse extrême, œdème des jambes, pouls à 90 plein, intermittent. Palpitations au moindre mouvement; oppression, sans douleur à la région précordiale. Le thorax est bien conformé: antérieurement bonne sonoréité, si ce n'est à la région précordiale : la partie postérieure résonne parfaitement. Respiration, en avant, très faible, silencieuse vers le tiers inférieur du sternum, normale en arrière; la matité précordiale s'étend du cartilage de la troisième côte jusqu'au bas du sternum, et latéralement sur une ligne tracée sur le mamelon, depuis un pouce à droite de la ligne médiane du sternum jusqu'au bord de l'aisselle à gauche. Impulsion du cœur forte, rhythme presque normal; premier bruit rude, bruit de râpe très marqué vers le cartilage de la troisième côte et le long du tiers supérieur du sternum; second bruit sourd, un peu prolongé.

Ventre souple, sans douleur; appétit, mais ordinairement vomissements quelques heures après le repas. Douleur lancinante, du pubis aux vertèbres lombaires; dyspnée et oppression très grande

le soir. (Saignée, ventouses scarifiées à la région précordiale; pilules, camphre 3 grains, sulfate de morphine 1/8 toutes les heures; teinture de digitale 10 gouttes trois fois par jour, lait.) Pendant quinze jours, amélioration apparente : position dans le lit moins élevée, moins d'œdème, sommeil plus tranquille, attaques d'asthme moins fréquentes. Mais au bout de quelques jours les symptômes se montrèrent avec une nouvelle violence. L'œdème devint plus considérable, la dyspnée extrême. L'impulsion du cœur, plus forte, soulevait la tête du médecin. Le premier bruit du cœur couvrait le second qui s'entendait seulement du côté droit du sternum; entre les cartilages des troisième et quatrième côtes, le bruit de râpe était manifeste, et s'entendait le long du bord gauche du sternum, coïncidant avec le premier bruit du cœur. Il y avait de plus des douleurs utérines extrêmement vives, et des caillots d'un sang noir sortaient par le vagin. Dans les derniers jours de janvier, les menaces de suffocation étaient continuelles, et la mort survint le 10 de ce mois.

Autopsie trente-six heures après la mort. Un peu d'emphysème au sommet des deux poumons. Le cœur a plus du double de son volume ordinaire : dilatation plus grande des cavités droites; caillots dans les deux ventricules, surtout dans le droit. Les parois du ventricule gauche ont sept huitièmes de pouce d'épaisseur : ceux du droit ont l'épaisseur ordinaire. Les valvules semi-lunaires de l'aorte sont en partie ossifiées, la valvule mitrale épaissie offre sur son bord libre un dépôt cartilagineux. La valvule tricuspide et celles de l'artère pulmonaire sont saines. L'aorte paraît très dilatée, et quand on l'incise à l'intérieur, on s'aperçoit que le vaisseau est double. Le tuyau intérieur est l'aorte proprement dite, qui communique directement avec le cœur; il semble entouré d'un second tuyau d'un diamètre beaucoup plus grand, qui commençant au niveau du grand sinus, accompagne l'aorte jusqu'à sa division en iliaques primitives, et qui se termine en cul-de-sac. L'aorte communique avec le vaisseau externe par une fissure en forme de valvule, de six lignes de long, à bords arrondis, qui pénètre à travers la tunique séreuse, et partiellement à travers la moyenne, et qui est située à un demi-pouce au dessus des valvules semi-lunaires. Le vaisseau externe ne communique avec le cœur qu'au moyen de cette ouverture. Les artères innominées, sous-clavière et carotide gauches ont chacune un orifice double qui communique et avec l'aorte et avec le vaisseau externe. Le tronc innominé, près de son ouverture, est divisé par une cloison en deux portions : cette cloison se termine par un bord semi-lunaire, à un demi-pouce au dessus de l'aorte. Dans la carotide gauche, il y a double vaisseau dans l'espace de deux pouces, et tous deux ont leur ouverture séparée, l'une qui communique avec l'aorte, l'autre avec le tube extérieur. Dans la sous-clavière gauche, au contraire, il n'y a pas double tuyau : les intercostales droites communiquent avec l'aorte, les gauches avec le vaisseau extérieur. Les artères cœliaques, les mésentériques supérieures et inférieures, et les autres artères abdominales situées au dessus de la division en iliaques primitives, communiquent avec l'aorte. L'aorte est percée par de nombreuses ouvertures au moyen desquelles une communication est établie entre elle et le vaisseau extérieur.

En avant, le vaisseau externe est composé de trois tuniques, une extérieure, qui est celluleuse, une moyenne, formée de fibres circulaires, et une interne qui ressemble à une séreuse, mais qui est d'une épaisseur et d'une coloration variables dans différents points de son étendue. La tunique celluleuse et les lames de fibres musculeuses se continuent autour de la demi-circonférence postérieure de l'aorte, où les fibres musculeuses circulaires, s'unissant au tissu jaune élastique de l'artère forment en cette portion sa tunique moyenne. La membrane interne du vaisseau extérieur se réfléchit au contraire sur la demi-circonférence antérieure de l'aorte, et les deux vaisseaux sont là fermement unis par des bandes qui ressemblent à des cordes tendineuses, passant d'un vaisseau à l'autre. Ces bandes étant incisées, la membrane interne s'enlève facilement par la dissection; elle est d'un blanc mat, demi-transparente, et emprunte évidemment sa teinte rouge et jaune aux fibres rouges sous-jacentes de la tunique externe et au tissu élastique de l'aorte. Le tissu de l'aorte, dans sa demi-circonférence postérieure, est sain; dans sa circonférence antérieure, le tissu jaune élastique manque de fibres musculeuses externes; la tunique celluleuse manque également et est remplacée par la membrane réfléchie du vaisseau extérieur. De nombreuses ossifications existent dans l'aorte, entre sa tunique séreuse et la moyenne; mais il n'y en a point dans le vaisseau externe. Immédiatement au dessus de la division en iliaques primitives, le vaisseau externe cesse; les fibres rouges circulaires musculeuses, et la tunique jaune élastique sont fortement unies dans toute la circonférence de l'aorte. Les iliaques et toutes les autres artères du corps ne présentent aucune altération.

Abdomen. Cancer du pylore et de plusieurs ganglions mésentériques ; dans le rein gauche, masses d'un demi-pouce de diamètre, d'un blanc mat, dures, sans stries distinctes. L'utérus doublé de volume est converti, dans son corps, en tissu lardacé, et dans son col, près du museau de tanche, en encéphaloïde.

Cette altération de l'aorte était-elle congéniale, ou accidentelle ? d'après l'examen qui en fut fait par le professeur d'anatomie, on doit conclure que l'aorte avait dans le principe une conformation normale, mais qu'à une période subséquente une déchirure des tuniques interne et moyenne s'opéra dans le grand sinus et qu'une colonne de sang s'introduisit sous la tunique celluleuse, de manière à détacher de la tunique moyenne sa demi-circonférence jusqu'aux iliaques primitives, et à produire aussi une altération analogue au commencement des grosses artères qui naissent de la crosse de l'aorte. La dissection montra en effet l'identité de structure entre la tunique moyenne du tuyau extérieur et celle de l'aorte, ainsi que l'union intime des deux tubes dans la demi-circonférence postérieure de l'artère.

Ce cas a beaucoup d'analogie avec les observations d'*anévrysme disséquant* rapportées par Morgagni (*epist. LVIII, n.* 13), Laën-

nec (*t. III, p.*295, *édit.*1831), Guthrie (*on the diseases of arteries, p.* 43), M'Lacklin (*Glasgow med. Journal, fevr.* 1828, *p.* 81), Shekelton (*Dublin hospital reports, vol.* 3); mais il en diffère en ce que l'anévrysme s'était formé entre les lames de la tunique moyenne, et en ce que le sang, en passant à travers le vaisseau artificiel, fournissait aux artères intercostales du côté gauche. D'après les détails de l'observation, il est présumable que la déchirure qui eut lieu près du grand sinus survint huit ans avant la mort, par suite des efforts violents que fit la malade en pompant de l'eau.

(*American journal of the medical sciences.* Novembre 1838).

Abcès du foie s'ouvrant dans le péricarde et l'estomac; péricardite, pleurésie (*Observation d'*); *par le docteur* Graves). — Anne Walker, âgée de 25 ans, d'un tempérament nerveux, fut prise le soir du 13 septembre, sans cause connue, d'une douleur vive et soudaine dans tout l'abdomen, douleur qui s'étendait jusqu'aux lombes, sans autre accident : deux saignées ne soulagèrent point. Toute la matinée du 14, elle resta couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, avec impossibilité de faire le moindre mouvement : les douleurs lancinantes commençaient à l'épigastre, pour aller jusqu'au pubis, et s'étendaient latéralement dans les deux hypochondres et les reins. Anxiété, sueurs, langue sale, pouls petit, à 128; 54 respirations. Pas de phénomène morbide du côté de la poitrine : battements du cœur rapides, bruits normaux; abdomen tendu, douloureux à la moindre pression : garderobes et urines naturelles. Dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, on remarque une tuméfaction considérable, de forme un peu conique, qui le lendemain donne de la fluctuation. Le 20, dévoiement abondant qui continue toute la nuit; dix selles liquides, noirâtres. Frissons répétés. Le 24, amélioration. Le 29, la tumeur épigastrique a considérablement diminué; elle donne à la percussion une sonoréité tympanique. 2 octobre, continuation de la diarrhée, disparition de la tumeur. Bruits du cœur et respiration à l'état normal. Le 8, douleur très vive dans la région du cœur, palpitations, sentiment de brûlure au dessous du mamelon gauche. Maigreur et débilité extrêmes, joues creuses, yeux enfoncés; respiration courte. Percussion de la poitrine sonore partout, excepté dans la moitié inférieure gauche. La respiration faible en ce point est ailleurs pure et bruyante : impulsion du cœur faible. A environ un demi-pouce du bord inférieur de la mamelle, les deux battements du cœur sont confus, avec un léger bruit de soufflet, qui vers la droite devient plus rude, et au dessous du mamelon se change en un bruit de craquement et de frottement, Le 10, même état; et de plus, immédiatement au dessous du sein, on entend de temps en temps du tintement métallique qui masque les autres bruits. Mort le 12.

Autopsie, douze heures après la mort. Les deux poumons sont affaissés, surtout le gauche qui est comprimé par une verrée de li-

quide séro-purulent. De légères adhérences unissent les deux poumons au péricarde, et leur lobe inférieur à la surface du diaphragme. Le péricarde semblait plus volumineux; on y constata l'existence d'une petite quantité de liquide. La paroi abdominale enlevée découvrit un vaste abcès situé dans le lobe gauche du foie : sa forme était arrondie, sa circonférence de 8 pouces; il était borné antérieurement par une portion des parois de l'abdomen et par le cartilage xiphoïde. La paroi postérieure était formée par le reste du lobe gauche : en haut le diaphragme lui était uni intimement, et le repli falciforme le séparait du lobe droit. Son bord mince était en contact avec une partie de l'estomac, et près de l'orifice pylorique était une ulcération arrondie, de trois quarts de pouces de diamètre, en communication directe avec l'abcès. L'estomac par son bord concave adhérait avec la surface inférieure du lobe gauche du foie, et près de son extrémité cardiaque étaient deux autres ouvertures, l'une de forme un peu ovale, d'environ un demi-pouce de diamètre, et unie avec l'abcès au moyen d'un canal gros comme le doigt auriculaire, et séparée de l'autre ulcération par une bande épaisse, qui manifestement était le tissu de l'estomac. Cette dernière perforation ne communiquait pas avec l'abcès. La surface de l'abcès était irrégulière, présentant des dépressions et des saillies; sa couleur était d'un gris jaunâtre, son tissu crémeux et ramolli. Au point de jonction du diaphragme et du péricarde, existe une perforation grosse comme le doigt du milieu et s'ouvrant directement de l'abcès dans le péricarde; les bords sont ulcérés et inégaux, et dans le péricarde il y a environ deux onces d'un liquide jaunâtre mêlé à des flocons albumineux. Le péricarde a une épaisseur quadruple, également dense partout : sa face externe est très vasculaire, l'externe présente de nombreuses taches rouges, en quelques endroits grosses comme des têtes d'épingle, dans d'autres, disposées en arborisations, avec de petits débris de fausses membranes en plusieurs points. Partout, et principalement à la naissance des gros vaisseaux, on remarque de petits corps granuleux, demi-transparents, semblables à du grain de millet. Le cœur lui-même est d'une couleur légèrement rouge; le feuillet qui le recouvre est couvert comme l'autre feuillet des mêmes granulations, plus abondantes vers les oreillettes et à la base du cœur. Quelques tubercules étaient disséminés dans le lobe supérieur du poumon. Pas d'adhérence entre le péritoine et les intestins.

(*Extrait de* LONDON MEDICAL GAZETTE, 2 *février* 1839.)

CHLOROSE MÉNORRHAGIQUE (*Traitement de la*); par M. Trousseau. — M. Trousseau commence par indiquer les caractères distinctifs entre la chlorose et l'anémie. Pour lui, l'anémie est un état accidentel; elle est causée immédiatement, sans transition, par d'abondantes pertes de sang; en quelques jours, en quelques heures on devient anémique. La chlorose, au contraire, est un état permanent, ordinairement lent à se développer, lent à abandonner la malade, toujours prêt à se reproduire sous l'influence de la cause en apparence la plus indifférente. Et M. Trousseau ajoute : L'anémie

est un état essentiellement transitoire : quelques semaines suffisent à la réparation du sang et au retour complet des forces. Enfin, il fait remarquer que ces deux états peuvent se succéder l'un à l'autre, car l'anémie peut être le point de départ de la chlorose.

Cela étant posé, M. Trousseau s'attache à démontrer que l'anémie est une cause puissante d'hémorrhagie, ce qui fait que les femmes anémiques ont ordinairement des règles abondantes. Mais à la suite de cette anémie survient la chlorose, la chlorose avec métrorrhagie, ou plutôt ménorrhagie, et cette dernière affection, cause d'hémorrhagie, est à son tour aggravée par l'hémorrhagie elle-même.

D'après ses observations, M. Trousseau n'évalue cette forme de la chlorose qu'au douzième des cas; le plus ordinairement, comme on sait, les règles, au lieu d'être plus abondantes, sont beaucoup diminuées ou même supprimées. M. Trousseau a recueilli douze cas de chlorose ménorrhagique; trois sur des jeunes filles, neuf sur des femmes mariées. Ce chiffre nous paraît d'autant plus remarquable, que dans la chlorose ordinaire la proportion est toute différente. Aucune de ces malades n'avait, selon l'auteur, de lésion organique de l'utérus.

Arrivé à la thérapeutique, M. Trousseau fait remarquer que deux circonstances capitales se présentent d'abord : d'une part, la ménorrhagie, d'autre part la chlorose. Or, comme la ménorrhagie se combat par des moyens qu'on est habitué à regarder comme contraires à la chlorose, dont le traitement passe pour être emménagogue, voici comment l'auteur explique le fait. Suivant lui, l'action du fer n'est pas du tout emménagogue, dans le sens littéral du mot, au contraire il est hémostatique. D'après ses expériences, l'administration, chez les femmes bien réglées et non chlorotiques, retarde le plus souvent et diminue la fluxion menstruelle. Comment donc se fait-il que, sous son influence, les règles reviennent chez les chlorotiques non menstruées? C'est que chez elles, avant la réapparition des règles, toutes les autres fonctions, par l'effet des ferrugineux, ont repris leur cours normal : la santé est revenue, et l'écoulement menstruel n'est qu'un effet et non la cause de ce retour à la santé.

Cela posé, M. Trousseau trouve deux indications thérapeutiques dans la chlorose ménorrhagique : 1° *indication principale*, traiter la chlorose; 2° *indication secondaire*, traiter la ménorrhagie. On commence donc à employer à hautes doses, entre les périodes menstruelles, les préparations ferrugineuses, et déjà sous leur influence, le sang devenant plus plastique, l'hémorrhagie diminue

presque toujours. Si l'hémorrhagie persiste au même degré, on a recours aux moyens qui modèrent le flux périodique. En première ligne, M. Trousseau place la poudre d'ergot de seigle, qui doit être de l'année, et surtout (condition *sine quâ non*) être récemment pulvérisée. On le donne à la dose de 18 grains à 1 gros par jour, et de la manière suivante : le soir, vers neuf ou dix heures, on donne 18 grains d'ergot en poudre dans une cuillerée de sirop ou avec un peu de confiture. La même dose est répétée vers quatre heures du matin, quand même l'écoulement du sang aurait notablement diminué. M. Trousseau indique ces deux heures parce qu'il a remarqué que, contre l'opinion généralement reçue, les hémorrhagies utérines sont, dans presque tous les cas, plus fortes dans les douze heures de nuit que dans les douze heures de jour, et que de quatre à cinq heures du matin le sang reprend plus violemment son cours. Si la dose de 18 grains causait des vertiges, de la somnolence, des nausées, on la diminuerait; mais si elle était impuissante contre l'hémorrhagie, on ne devrait pas hésiter à l'augmenter et à la répéter à de plus courts intervalles, alors même qu'elle déterminerait de légers accidents. C'est à l'ergot de seigle que M. Trousseau donne la préférence comme moyen hémostatique; mais ce n'est jamais par lui qu'il commence le traitement. Si l'hémorrhagie menace la vie de la malade, on a recours au tamponnement; dans le cas contraire on commence par administrer les acides. M. Trousseau conseille de faire presser dans un verre le jus de quatre ou six limons, de sucrer beaucoup et de faire prendre dans le courant de la journée cette limonade pure. L'acide sulfurique et l'eau de Rabel peuvent être également employés ; puis viennent le ratanhia et le cachou. M. Trousseau préfère le cachou et l'administre à la dose de 18 à 36 grains par jour dans la semaine qui précède les règles. Dans l'intervalle des menstrues on reprend les ferrugineux.

M. Trousseau donne ensuite cinq observations de chlorose métrorrhagique, dans trois desquelles les martiaux, tout en rétablissant l'exercice régulier des diverses fonctions, guérirent la ménorrhagie chez trois malades, la modérèrent chez la quatrième et ne la modifièrent pas chez la cinquième. Chez celle-ci seulement l'auteur employa le seigle ergoté, mais un jour seulement; les jours suivants il eut recours au cachou dont il n'indique pas clairement les effets. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, n° 6. Décembre 1838.)

Nous avons exposé exactement la théorie de M. Trousseau et sa manière d'en faire l'application. Nous avons pensé qu'il serait bon

de mettre nos lecteurs à même de soumettre ce traitement à de nouvelles expérimentations. On aura remarqué sans doute l'embarras éprouvé par l'auteur pour établir une distinction tranchée entre l'anémie et la chlorose. C'est qu'en effet il est difficile de bien distinguer deux états morbides qui, suivant l'auteur lui-même, peuvent procéder l'un de l'autre. En regardant d'ailleurs l'anémie comme un état transitoire et de peu de durée, M. Trousseau a exclu l'anémie occasionnée par les maladies chroniques; ce qui nous paraît un peu arbitraire. Quant au traitement lui-même, remarquons que les observations, toutes en faveur de l'emploi des ferrugineux, sont peu concluantes pour ce qui regarde les astringents et le seigle ergoté. De nouveaux faits sont nécessaires pour confirmer les opinions de M. Trousseau à ce sujet.

De la paralysie hystérique, par le docteur Wiltson, médecin de l'hôpital de Middlesex. — Les formes de l'hystérie sont si nombreuses et si variées qu'elles embarrassent souvent le praticien. Il faut mettre en première ligne, parmi les cas difficiles, ceux où l'affection primitive se complique de paralysie complète du sentiment ou du mouvement. Le travail du docteur Wiltson n'a d'autre mérite que de montrer réunies sept observations dont quelques unes sont assez intéressantes.

(*Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres*, vol. XXI.)

Maladies des voies aériennes (*De la percussion et de l'auscultation appliquées au diagnostic de quelques*); par W. Stokes, de Dublin. Quoique plusieurs médecins aient cité des cas où l'auscultation avait éclairé le diagnostic des *maladies du larynx*, aucun, si on en excepte M. Barth dont nous avons publié dans les *Archives* l'excellent mémoire, n'a présenté dans un travail régulier et complet toutes les ressources que fournit cette méthode d'exploration. Ce travail dont les matériaux existent en partie dans la science reste à faire : aussi nous avons cru être utile aux praticiens en traduisant un extrait des recherches consignées sur ce sujet dans l'ouvrage anglais du docteur Stokes, dont nous avons donné dernièrement l'analyse; ce sont des notes qui trouveront sans doute leur complément dans des observations ultérieures.

Signes physiques fournis par la percussion. — La percussion sur le larynx donne, dans l'état normal, un son creux particulier, qui ne ressemble point à la sonoréité pulmonaire. Le meilleur mode pour percuter est de faire renverser la tête en ar-

rière, de manière à ce que le cou soit tendu, et de la faire soutenir par un aide : on doit alors percuter médiatement sur les cartilages thyroïde et cricoïde. Une bonne méthode de percussion est de donner de petites chiquenaudes sur la partie. La sonoréité normale du larynx est plus ou moins intense, en raison du développement de l'organe; elle varie chez le même individu, plus intense quand le soulèvement du voile du palais établit une libre communication entre la glotte et la cavité buccale. Le point où elle est la plus grande est celui que l'on choisit pour l'opération de la laryngotomie, c'est à dire l'espace compris entre le cartilage thyroïde et le cricoïde.

Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour préciser les altérations morbides de cette soronéité, mais ce que je sais positivement c'est que l'état de maladie la modifie. Ainsi, chez un malade dont le cartilage thyroïde était brisé, la percussion sur le larynx donnait un son tout à fait mat. Cependant, quand une fistule qui existait à la trachée était fermée, l'individu respirait librement à travers la glotte et sa voix n'était point altérée. D'un autre côté, les affections qui ne diminuent pas la capacité du larynx peuvent coexister avec une sonoréité normale à la percussion, ainsi qu'il arrive dans l'ulcération des ventricules si commune dans la phthisie.

Des recherches nouvelles sur le même sujet sont nécessaires : je ferai seulement remarquer que dans le petit nombre de mes observations, la sonoréité ne sembla diminuée ni chez les vieillards, ni lorsqu'il existait un œdème considérable du cou.

Les signes actifs de l'auscultation sont ceux que fournit la voix et la respiration, et comme dans la plupart des cas toutes deux sont altérées, il faut étudier avec soin les phénomènes qu'elles présentent. Dans presque toutes les maladies du larynx, il y a un sifflement parfois perceptible seulement dans les inspirations forcées. Mais dans un grand nombre d'autres où l'obstruction laryngée existe à peine, il n'y a presque point de respiration striduleuse : dans ces cas, la mort survient par la maladie du poumon et non par celle du larynx.

D'autre part, une grande obstruction mécanique et le sifflement qui en est la conséquence se lient davantage à une maladie du larynx sans complication pulmonaire. Dans ces cas, l'oreille devine que l'obstacle est à la partie supérieure du tube aérifère, et il en est autrement dans ceux de respiration striduleuse déterminée par la compression d'une tumeur anévrysmale sur la trachée, où le sifflement vient de son extrémité inférieure.

Les signes stéthoscopiques sont l'altération des bruits laryngés de

l'inspiration et de l'expiration, et l'existence d'un râle dans le larynx. Quant à la respiration, on peut constater que le bruit respiratoire laryngé a perdu de son caractère de douceur, de mollesse; il est rude, et donne l'idée de frottement sur une surface raide et rugueuse : ce signe est perceptible même quand la respiration striduleuse n'existe point.

En indiquant la présence d'un râle dans le larynx, je dois faire observer que je n'ai eu que bien peu d'occasions de constater ce phénomène. Il ne se rencontre pas dans tous les cas, mais quand il existe, il est tout à fait caractéristique. Je l'ai trouvé très évident immédiatement au dessus des cornes du cartilage thyroïde, où il ressemble au jeu rapide d'une petite soupape, combiné avec un bruit sourd de corde de basse. Il a un caractère tout particulier, il disparaît à mesure que l'on descend le long des tuyaux bronchiques, et il peut même exister d'un seul côté du larynx, sans être perceptible de l'autre côté, comme s'il répondait à une ulcération circonscrite. Néanmoins, quand l'obstruction est considérable, la respiration bruyante et prolongée marque suffisamment dans quel point est la maladie. Dans ces circonstances, le résultat le plus important qui soit ensuite fourni par l'auscultation est la grande faiblesse de l'expansion pulmonaire comparée avec la violence des efforts inspirateurs. J'ai déjà insisté sur l'importance de ce fait et les difficultés qu'il apporte au diagnostic physique à propos d'un autre travail. (*Dublin's hospital reports*, par R. J. Graves et W. Stokes, vol V.) Dans les affections laryngées, le murmure vésiculaire devient plus faible, à mesure que l'obstruction est plus considérable : dans des cas très marqués, on le perçoit à peine, et cette faiblesse ou cette absence presque complète de la respiration se constate *dans toute l'étendue de la poitrine*. Cette dernière circonstance mérite qu'on s'y arrête, parce qu'elle sert à établir le diagnostic entre les maladies du larynx et la compression sur la trachée d'un anévrysme ou d'autres tumeurs.

Le diagnostic s'établit alors d'après la considération des signes perçus *avant l'existence de la respiration striduleuse*. Dans les anévrysmes de l'aorte, il arrive, non pas toujours, mais souvent, que la compression porte d'abord sur une seule bronche, en sorte qu'il en résulte une inégalité du bruit respiratoire qui est faible d'un côté, et puéril de l'autre. Cependant, à mesure que la maladie fait des progrès, la compression agit sur la trachée et la respiration striduleuse survient. Cette inégalité primitive de la respiration sert donc à différencier les deux affections, puisque rien de semblable

ne se rencontre quand l'obstruction existe dans le larynx dès le principe : dans ce cas, l'air entrant dans les deux poumons avec une égale difficulté, le murmure vésiculaire est également faible.

Signes physiques des corps étrangers dans les voies aériennes. Quand le corps étranger est logé dans la bronche droite, et il en est presque toujours ainsi, il bouche complétement le tuyau et s'oppose au passage de l'air, ou bien il est flottant et permet jusqu'à un certain point l'arrivée de l'air dans le poumon. Dans le premier cas, on ne perçoit pas la respiration vésiculaire dans le côté malade, la sonoréité de la poitrine restant normale, tandis que la respiration est puérile du côté opposé, et cet ensemble de symptômes ne se rencontre dans aucune autre maladie du poumon. Le fait de ce genre le plus remarquable que j'aie vu, est celui d'un enfant qui fut amené à l'hôpital avec les symptômes d'un corps étranger dans les voies aériennes. Après quelques heures, les signes d'obstruction laryngée et bronchique disparurent, et le corps se fixa dans la bronche droite. On n'entendait pas du tout la respiration dans le poumon affecté: on pratiqua la trachéotomie, mais le corps étranger ne put être ni rejeté ni saisi avec une pince. Après plus de douze heures de souffrance intense, l'enfant allait périr quand on s'avisa de passer une sonde dans le tube aérifère; le corps étranger, un haricot, fut tout à coup rejeté, et la guérison suivit.

Quand l'obstruction de la bronche est complète, il n'y a ni respiration sifflante ni aucun signe de bronchite. L'obstruction et les signes qui en résultent peuvent être permanents ou intermittents, et dans tous les résultats stéthoscopiques, il n'y a pas de phénomène plus frappant que l'arrivée rapide de l'air dans le poumon, quand le corps étranger passe dans le larynx, et la disparition également soudaine de tout bruit d'expansion naturel ou morbide, quand la bronche se bouche de nouveau. Les signes sont différents quand le tuyau n'est bouché que partiellement : on perçoit alors dans le côté malade une diminution du bruit respiratoire en rapport avec l'obstruction. Cette différence de respiration d'un côté ne peut s'expliquer que par la supposition d'un corps étranger. Lorsqu'on la constate dans un cas suspect et chez un malade antérieurement bien portant, et qu'elle coïncide avec une sonoréité de la poitrine égale des deux côtés, il est permis de diagnostiquer une occlusion partielle du tuyau bronchique. Un autre signe important est l'existence d'une inflammation de la trachée et de la partie supérieure du poumon. Une irritation de la muqueuse, gagnant des gros aux petits tuyaux, survient bientôt, et l'on constate un râle sonore-

muqueux dans la trachée et au sommet du poumon où la respiration est faible. La nature de cette phlegmasie variera suivant de nombreuses circonstances, et les signes physiques dénoteront une bronchite, ou de l'engouement pulmonaire, ou de l'hépatisation, ou enfin un abcès.

L'alternative des signes stéthoscopiques d'obstruction dans les bronches, avec les symptômes d'irritation laryngée, quand elle existe, décide tout à fait le diagnostic. Tant que le corps étranger est logé dans la bronche, le malade est, au moins durant la première période, dans un état de malaise beaucoup moins considérable, sauf les cas où l'obstruction est complète, et le murmure respiratoire est moins fort du côté affecté. Mais quand le corps étranger est mis en mouvement par la toux et poussé dans le larynx, toutes ces circonstances changent, la vie du malade semble menacée par la violence de la toux et le spasme, et les poumons se remplissent également d'air pendant l'inspiration. Quelques moments après, le corps étranger peut descendre de nouveau, et on observe alors un ensemble de phénomènes qui ne se retrouve dans aucune maladie idiopathique du poumon.

On peut formuler en propositions les signes physiques des corps étrangers : ils dépendent 1° de la position du corps lui-même, 2° de la nature de l'obstruction plus ou moins complète, 3° de l'irritation de la membrane muqueuse déterminée par sa présence. — Quand le corps étranger reste dans le larynx ou dans la trachée, les signes physiques sont plus obscurs que quand il occupe une seule bronche, parce que l'examen comparatif des deux côtés de la poitrine ne donne aucune différence.—Quand il entre dans la bronche, il peut produire l'occlusion partielle ou complète du tuyau. — Le murmure vésiculaire dans le poumon correspondant est beaucoup diminué ou tout à fait absent, tandis que la sonoréité de la poitrine reste la même des deux côtés, et que le poumon opposé donne de la respiration puérile.—Les signes d'une obstruction partielle ou complète peuvent disparaître d'une manière soudaine et revenir de même. — Dans les cas où le corps étranger a complétement obstrué la bronche, à son passage dans la trachée, la respiration vésiculaire revient dans le poumon affecté. — Les signes physiques d'irritation, tels qu'un râle sonore ou sonore et muqueux, peuvent se rencontrer au haut du sternum et au point où est la bronche droite. — Ces signes sont au commencement ceux d'une irritation de la muqueuse; variables selon les lésions matérielles du poumon, ils précèdent les troubles constitutionnels. — L'alternative des signes stéthoscopi-

ques d'une obstruction des bronches et des symptômes ordinaires d'une gêne dans le larynx est un fait capital pour le diagnostic des corps étrangers. — L'apparition soudaine d'une irritation laryngée ou bronchique, chez un malade qui jusque-là n'avait présenté aucun signe de maladie thoracique, est une forte présomption en faveur de l'existence d'un corps étranger.

Médecine Légale.

Des effets des épingles introduites dans les voies digestives; par le docteur Ollivier (d'Angers).—Avant de passer à l'examen des questions qui lui furent soumises à l'occasion de l'ingestion d'un assez grand nombre d'épingles qu'on fit avaler à un jeune enfant, M. Ollivier signale plusieurs préjugés et entre autres cette opinion vulgaire qui fait considérer le verre réduit en poussière comme un poison actif contre lequel on ne peut opposer aucun moyen certain; il s'appuie sur les expériences de Chaussier, et il cite les faits rapportés par Portal, Chantourelle et M. Sauvages qui ont constaté l'innocuité de l'ingestion dans l'estomac de débris de verre. M. Ollivier fait ensuite remarquer que l'opinion générale dans le monde est que la déglutition accidentelle ou volontaire d'aiguilles ou d'épingles cause habituellement la mort; dans les prisons de femmes, on la considère comme moyen de suicide. A cette occasion il rapporte un fait tout récent dans lequel une jeune fille, qui avait tenté deux fois de se détruire immédiatement après la mort de son amant, qu'on trouva tué d'un coup de fusil, et qui était traduite devant la cour d'assises, avoua qu'elle avait préparé une trentaine d'épingles qu'elle aurait avalées dans l'intention de se faire périr, si une condamnation avait été prononcée contre elle.

Au mois de novembre 1838, R.-M. Selter, âgée de dix-sept ans, fut traduite devant la cour d'assises *pour tentative d'homicide volontaire sur un enfant âgé de deux mois et demi.*

Cet enfant avait toujours été d'une santé parfaite depuis sa naissance lorsqu'il éprouva tout à coup des étouffements, des accès de suffocation qui firent craindre pour sa vie. Au bout de trois jours les douleurs cessèrent, et l'enfant recouvra sa santé. Dans ses excréments on trouva successivement *neuf* épingles que la jeune Selter avoua avoir fait avaler en une seule fois à l'enfant, mais elle ajouta qu'elle ne comprenait rien aux idées qui l'avaient poussée à se rendre coupable d'une pareille action.

présenté aucun symptôme grave qu'on pût rattacher à l'ingestion des épingles qu'on lui fit avaler, à partir du surlendemain du jour où il rendit les deux dernières.

A cette première question : *Quels effets pouvaient produire ces épingles introduites en une ou plusieurs fois dans la bouche de l'enfant? Pouvaient-elles occasionner la mort?* M. Ollivier a répondu qu'un grand nombre de faits authentiques prouvent que l'ingestion des épingles a lieu, tantôt sans causer d'abord d'accidents appréciables, tantôt, au contraire, en déterminant aussitôt des douleurs aiguës et des symptômes plus ou moins alarmants, selon les points où elles s'arrêtent. Pour le premier cas, il a rapporté une observation consignée par le docteur Crokett dans les *Archives générales de médecine*, tome XVII, page 271 ; celle du docteur Silvy (*Mémoires de la société d'émulation*, tome V, page 181), qui constata l'existence de plus de 1400 épingles ou aiguilles retirées ou encore implantées dans l'épaisseur des muscles, ou dans la profondeur des organes chez une fille maniaque, et cet autre cas publié par Villars (*Dictionnaire des sciences médicales*, tome VII, page 66), où plus de 800 épingles ou aiguilles furent retirées du tronc et des membres d'une jeune fille qui survécut à l'extraction de ces corps étrangers.

Mais la pénétration des épingles dans les voies digestives n'est pas toujours sans danger pour la vie. Ainsi, Arnaud et Saviard (*Obs. chir.*, *obs.* 55, et *Journal des Savans*, novembre 1691), Schenck (*Obs. méd. chir.*, *lib.* 3., *obs.* 10), Bayle (*Nouvelles de la république des lettres*, janvier 1695, art. 5), Hévin (*Mémoires de l'Académie de chir.*, in-4°, page 552), ont cité des observations dans lesquelles les sujets sont morts par suite des accidents produits par la pénétration de ces corps étrangers dans différents organes. Dupuytren a rapporté l'exemple d'une femme maniaque qui succomba d'épuisement à la suite des abcès nombreux et répétés qui avaient pour cause des aiguilles et des épingles qu'elle avait avalées en grand nombre (*Traité des blessures par armes de guerre*, t. 1, page 82). A ces faits, M. Ollivier ajoute le suivant qui lui a été communiqué par M. Guersant. Un jeune enfant éprouvait depuis plusieurs semaines des vomissements continuels, il dépérissait chaque jour, et l'ensemble des symptômes qu'il présentait avait fait considérer sa maladie comme un ramollissement de l'estomac. Il mourut après deux mois de souffrances et de vomissements fréquents, et l'autopsie fit découvrir à quelque distance au dessus du pylore une aiguille qui tra-

versait les parois de l'estomac, et s'implantait assez profondément dans le foie.

D'après ces exemples, M. Ollivier répond affirmativement à la seconde partie de la question qui lui a été posée, tout en ajoutant qu'une terminaison funeste est bien certainement une exception à la règle générale.

Deuxième question. *Est-il possible que l'enfant ait avalé les épingles en une seule fois, bien qu'il les ait rendues en trois fois, trois dans la matinée du 11 avril; quatre le soir du même jour, et deux le 12 avril au matin? De la circonstance que ces épingles seraient sorties par la tête que chacune d'elles présente, faut-il conclure nécessairement qu'elles ont été aussi introduites par la tête?*

En réfléchissant au mécanisme par suite duquel les épingles ou les aiguilles sont entraînées dans les voies digestives, et à la disposition de la longue cavité qu'elles parcourent avant d'arriver à l'anus, on comprend qu'elles peuvent éprouver des changements multipliés dans leur position et leur direction, surtout si leurs pointes irritent passagèrement l'intestin, et déterminent ainsi un mouvement péristaltique ou anti-péristaltique des parois de cet organe. Il est bien certain d'ailleurs, d'après les exemples observés, que quel qu'ait été le nombre d'épingles avalées à la fois, leur expulsion complète n'a jamais eu lieu en une seule fois, mais à diverses reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés. Si l'on remarque, dit M. Ollivier, que dans le fait dont il s'agit ici la sortie des épingles a eu lieu à des époques assez rapprochées, dans un intervalle de temps assez court, on sera porté à admettre comme très vraisemblable la déclaration de la fille S. qui affirme n'avoir introduit qu'une seule fois des épingles dans la bouche de l'enfant, mais sans pouvoir dire combien elle en a introduit.

On ne peut pas inférer de ce qu'une épingle est sortie de l'anus par la tête, qu'elle ait pénétré dans l'arrière-bouche par la tête, mais si l'on a égard à la rapidité avec laquelle elle est expulsée par les selles, et à cette remarque de Hévin, que l'extrémité la plus pesante des épingles est ordinairement entraînée la première dans l'œsophage, on peut admettre que dans l'espèce, la fille S. introduisit les épingles par la tête dans la bouche de l'enfant.

Il restait à discuter le degré de culpabilité de la fille Selter, et à apprécier si elle jouissait ou non de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Dans cette partie de son mémoire, M. Ollivier donne un exposé très détaillé des observations qu'il a faites sur l'inculpée,

et il en conclut que la jeune Selter n'a présenté aucun signe d'aliénation mentale proprement dite pendant qu'elle a été soumise à son examen.

« Cependant, ajoute-t-il, quand on réfléchit d'un côté à l'absence de toute espèce de motif de la part de cette jeune fille pour commettre l'acte qui lui est reproché, acte qu'elle avoue sans aucune hésitation, tout en répétant qu'elle ne peut se rendre compte de l'idée qui l'a poussée à agir ainsi; acte qui est ici d'autant plus inconcevable de sa part, qu'elle aimait l'enfant confié à ses soins, et qu'elle a été la première à reconnaître qu'elle n'avait qu'à se louer de la conduite de ses maîtres à son égard; d'un autre côté, lorsqu'on considère le peu d'intelligence dont la jeune Selter est pourvue, la puérilité de ses distractions et des jeux auxquels elle se livre; et qu'on voit qu'à une époque antérieure de sa vie elle aurait offert à plusieurs reprises une telle bizarrerie dans sa conduite que les personnes qui en ont été témoins n'ont pu l'attribuer qu'à la démence; enfin, quand l'acte incriminé ne présente en lui-même aucune explication raisonnable, comme dans le cas dont il s'agit ici : cet ensemble de circonstances n'autorise-t-il pas à douter que la jeune Selter ait agi avec discernement, avec toute la plénitude de sa raison? Dès lors la criminalité du fait qui lui est imputé ne cesse-t-elle pas d'exister? »

Tels furent les motifs que M. Ollivier développa devant la cour d'assises, et la jeune Selter fût acquittée (*Annales d'hygiène puplique et de médecine légale*, n° de janvier 1839, pages 178 et suivantes).

Fœtus expulsé de la matrice après l'inhumation de la mère (*Observation d'un*); par J. Dunn, et J. Saville, chirurgiens. — Les faits d'expulsion du fœtus après la mort de la femme, ne sont pas extrêmement rares. Dans une dissertation publiée en 1835 à Berlin (*de Partu post matris mortem spontaneo*, par Charles Gustave Maizier), l'auteur a recueilli entre 1567 et 1694, vingt-huit cas, et treize entre 1782 et 1826. Il en a rapporté deux autres en 1818 et 1819, observés par son père : dans le dernier seulement la femme avait été enterrée. En voici un autre exemple rapporté dans le *Journal d'Edimbourg*.

Marie Beckelt, âgée de trente-neuf ans, était morte en travail le 18 juillet, après avoir souffert de grandes douleurs, sans résultats; depuis le lundi 16 jusqu'au mercredi 18. On l'exhuma pour une enquête judiciaire. M. Saville donne les détails suivants :

« Je vis Marie Beckelt pour la première fois le 13 juillet au soir. Elle était pâle, avec une légère rougeur des pommettes : elle avait les jambes enflées, et paraissait fort gravement malade; elle me dit qu'elle avait un *écoulement* depuis la moisson, des hémorrhagies depuis une quinzaine de jours; qu'elle avait, ce jour-là, rendu fort peu de sang; et qu'elle éprouvait comme des douleurs pour accoucher. Je l'examinai, et je trouvai le museau de tanche et le col uté-

rin durs, considérablement épaissis, comme tuberculeux. L'orifice n'était point dilaté. Le 15, continuation des douleurs : très peu de dilatation, impossibilité d'introduire le doigt, et de s'assurer de la présentation. Le 17, légère dilatation : le doigt traverse avec peine les parties malades, et l'on croit sentir les téguments du crâne. Le 18, la mort survint. Deux heures auparavant, le toucher avait donné les résultats suivants : en avant de l'orifice utérin est une tumeur plus grosse qu'un gros œuf de poule : sur les côtés et en arrière sont deux autres tumeurs plus petites ; en pénétrant plus loin dans le col de l'utérus, le doigt traversait un canal de deux à trois pouces de long : il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, d'introduire les deux doigts à travers ce canal.

La femme fut enterrée le lendemain ; mais le bruit se répandit qu'elle avait été mal traitée : on procéda à une enquête, ainsi qu'à son exhumation. Quand le cadavre eut été déposé sur la table, en plaçant la main sur le ventre, je ne pus sentir le fœtus ; le linceul qui couvrait la femme fut enlevé, et je vis alors un enfant de près de huit mois placé entre les cuisses, la tête en bas, un pied dans le vagin. Très probablement l'enfant avait été expulsé quand la femme était dans la bière. On remarqua deux larges ulcérations sur le col de l'utérus et à la partie postérieure du vagin : le col était dans un état complet de relâchement : le placenta était encore attaché au fond de la matrice qui n'était point resserrée.

Comment l'enfant, qui pendant la vie de la mère n'avait pu sortir par le vagin, fut-il expulsé après la mort ? Ce problème trouve sa solution dans cette considération que la résistance du col de l'utérus et du museau de tanche a été vaincue par suite 1° du relâchement amené par la mort ; 2° du retrait des végétations qui paraissent avoir été gonflées et saillantes pendant la vie, et qui se flétrirent après la mort ; 3° de la distension de l'abdomen par les gaz développés par la décomposition.

(*Edinburgh medical and surgical Journal.* Octobre 1838.)

On admettra difficilement que la présence de *végétations* sur lesquelles d'ailleurs on ne donne aucun détail lors de l'autopsie (qui est rapportée en outre si incomplétement), ait pu être un obstacle à l'accouchement pendant la vie. Quant à l'expulsion du fœtus après la mort, je ne doute pas que le développement des gaz et la distension extrême de l'abdomen par leur accumulation progressive n'ait eu la plus grande part dans cet accouchement posthume. J'ai vu chez une femme morte d'hémorrhagie après l'accouchement, et dont le cadavre fut exhumé après quatre jours d'inhumation, la matrice retournée sur elle-même, et chassée du vagin par les gaz qui distendaient le ventre, ainsi que l'utérus qui formait entre les cuisses une tumeur d'un pied de diamètre. Dans les cas où les parois du vagin sont minces, comme chez toutes les femmes qui ont eu plusieurs enfants,

la pression que les gaz abdominaux résultant de la putréfaction exercent sur tous les points de la cavité abdominale est telle qu'une rupture du fond du vagin peut avoir lieu, et les intestins sortent par le vagin en formant une masse souvent très volumineuse. J'ai vu plusieurs fois ce phénomène cadavérique dans des exhumations faites trois semaines, un mois après l'inhumation. (Oll.)

Séances de l'Académie royale de Médecine.

Séance du 29 *janvier* 1839. EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX. — M. Orfila donne lecture d'un mémoire dans lequel il se propose d'examiner les deux questions suivantes : 1° L'acide arsenieux ayant été donné en dissolution, peut-on le retrouver dans les intestins ou dans les matières vomies ? 2° Le poison ayant été introduit dans l'économie par absorption (soit par le tissu cellulaire, soit par les intestins), peut-on en constater la présence dans les organes avec lesquels il n'a pas été mis en contact ? Des expériences rapportées dans ce mémoire, il résulte :

1° Que l'acide arsenieux introduit dans l'estomac ou appliqué dans le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivants est absorbé, qu'il se mêle au sang et qu'il est porté dans tous les organes de l'économie animale, comme je l'avais établi dès l'année 1812, en me fondant uniquement sur des considérations physiologiques.

2° Que lorsqu'il est mis en poudre fine sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens, il n'y en a guère qu'un grain et demi à deux grains d'absorbés, quelle que soit la proportion employée ; et que cette faible dose suffit pour occasionner la mort, puisqu'il est impossible d'attribuer celle-ci à l'irritation locale, habituellement fort légère, que détermine ce poison.

3° Qu'il s'en absorbe davantage, sans que l'on puisse en préciser la quantité, lorsqu'il a été introduit dans le canal digestif, après avoir été dissous dans l'eau, ou quand l'acide solide, par son contact prolongé avec les sucs de l'estomac et des intestins, a fini par se dissoudre en totalité ou en partie.

4° Qu'il n'est pas douteux, d'après les cas d'empoisonnements observés jusqu'ici, qu'il n'agisse de même chez l'homme ; toutefois, il est à présumer que la portion absorbée et nécessaire pour déterminer la mort, devra être plus considérable que celle qui suffit pour tuer les chiens.

5° Qu'il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer l'arsenic métallique de la portion d'acide arsenieux qui a été absorbée.

6° Qu'il devient *indispensable* de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé le poison dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles il avait été immédiatement appliqué, ou dans la matière des vomissements; car en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à rechercher l'acide arsenieux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas le découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

7° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant, par le seul fait que, dans le cas indiqué, on aura omis de rechercher l'acide arsenieux dans les parties où il se trouve après avoir été absorbé.

8° Que l'on peut *à la rigueur* décéler ce poison, en traitant convenablement un certain nombre de muscles ou *un seul* des viscères de l'économie animale, préalablement desséchés, surtout lorsque ce viscère est très vasculaire; mais qu'il est préférable d'agir sur le cadavre entier ou du moins sur la moitié, la proportion d'acide arsénieux absorbé étant ordinairement trop faible pour qu'on puisse espérer de mettre son existence hors de doute, en ne soumettant aux opérations chimiques qu'un seul viscère ou une partie peu considérable des muscles et des os.

9° Que l'on décèle encore ce poison dans le sang provenant d'une saignée faite au malade, pourvu que l'on agisse sur quelques onces de ce liquide, et qu'il importe dès lors de ne pas négliger ce nouveau moyen d'exploration chez un individu qui aurait été saigné, et que l'on soupçonnerait avoir été empoisonné par l'acide arsenieux.

10° Que la saignée est indiquée dans le traitement de l'empoisonnement par cet acide, non seulement parce qu'elle agit comme antiphlogistique, mais encore parce qu'elle nous offre un moyen de retirer du torrent de la circulation une partie du poison absorbé.

11° Que le meilleur procédé à suivre pour l'extraction de l'arsenic contenu dans la faible portion d'acide arsenieux qui a été absorbée, consiste à faire bouillir tout le cadavre dans l'eau distillée pendant six heures, à précipiter le bouillon par l'acide sulfhydrique, à retirer l'arsenic du sulfure qui se dépose, à mêler le liquide décanté et filtré avec de l'azotate de potasse solide (nitre), à évaporer le mélange jusqu'à siccité, à réduire le produit en cendres que l'on traite d'abord par l'eau, puis par l'acide sulfurique concentré, et que l'on introduit ensuite dans l'appareil de Marsh, modifié comme je l'ai indiqué.

12° Qu'il y aurait un inconvénient réel à ne pas précipiter la liqueur par l'acide sulfhydrique, et à la mélanger de prime abord avec le nitrate de potasse, parce que l'on perd toujours, quoi qu'on fasse, une portion d'acide arsenieux pendant que l'on brûle la matière avec le nitre. La perte sera évidemment moins sensible si l'on commence par enlever à la liqueur suspecte tout ce que l'acide sulfhydrique peut en précipiter, et que l'on traite seulement par le nitre le liquide surnageant le précipité.

13° Que l'on perd peu d'arsenic, en brûlant la matière organique après l'avoir entièrement mêlée au nitre dissous, tandis qu'on en

obtient beaucoup moins, si le mélange de la matière animale et du sel a été fait dans un mortier. Si la combustion a été opérée d'après le procédé de Rapp, la perte est encore plus sensible.

14° Que l'on peut sans inconvénient faire bouillir le cadavre coupé par morceaux dans de grandes chaudières de fonte ou de cuivre parfaitement décapées, et se servir d'une bassine de fer bien propre ou d'un grand creuset de Hesse, pour opérer la décomposition de la matière animale par le nitre.

15° Que dans les localités où, faute d'ustensiles, les experts ne croiraient pas devoir entreprendre toutes les recherches dont je parle, il sera toujours possible et il devient indispensable de faire bouillir le cadavre dans une grande chaudière de fonte ou de cuivre, pendant six heures, avec de l'eau distillée et dix à douze grains de potasse à l'alcool solide et d'évaporer le bouillon jusqu'à siccité, après l'avoir fait passer à travers un linge fin, pendant qu'il était encore tiède. Le produit solide pourra, sans inconvénient, être soumis plus tard, dans des laboratoires suffisamment pourvus d'instruments, aux expériences chimiques indiquées.

16° Que de tous les procédés proposés jusqu'ici pour découvrir l'acide arsenieux *dans les liquides vomis ou dans les matières contenues dans le canal digestif*, celui que j'ai décrit me paraît le meilleur ; qu'il est infiniment supérieur à celui que l'on suit maintenant, et qu'il doit être adopté, si l'on ne veut pas perdre une portion d'arsenic, toutes les fois qu'on ne trouvera pas le poison à l'état solide, soit dans le canal digestif, soit dans les produits du vomissement.

17° Que la présence de l'acide arsenieux dans les parties d'un cadavre humain avec lesquelles il n'avait pas été mis en contact, si elle a été constatée en faisant bouillir, pendant six heures avec de l'eau distillée, sans addition d'acide, le cadavre coupé par morceaux, prouve d'une manière incontestable que le poison a été pris pendant la vie, puisque les corps des individus qui n'ont pas été soumis à l'influence de ce poison, *et qui ont été traités de la même manière*, ne fournissent aucune trace d'arsenic.

18° Que lors même qu'il serait ultérieurement démontré qu'il existe naturellement dans une partie quelconque du corps de l'homme, un composé arsenical, ce composé n'étant pas soluble dans l'eau distillée bouillante, ainsi que le prouvent les expériences précédentes, l'assertion que je viens d'émettre n'en conserverait pas moins toute sa force ; il suffirait, en effet, pour dissoudre et déceler le poison qui aurait été absorbé, de traiter le cadavre par l'eau bouillante, tandis que le composé arsenical, dont je suppose pour un moment l'existence, ne serait pas dissous par ce liquide.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. — M. Boullay jeune communique à l'Académie l'observation d'un cheval mort brusquement par suite de l'introduction de l'air dans les veines. Ce cheval était atteint d'une pneumonie, M. Boullay lui pratiqua une saignée à la jugulaire et confia à un maréchal peu expérimenté le soin de faire écouler le sang; la quantité de liquide voulue ayant été tirée, le

maréchal omit la précaution de boucher avec le doigt l'ouverture faite au vaisseau. Tout à coup l'animal fut pris de tremblement, il tomba, et au bout de quelques instants il avait succombé. A l'autopsie, on trouva de l'air dans les caillots qui remplissaient le cœur; de grosses veines, telles que la cave inférieure, en contenaient aussi. Le poumon droit était hépatisé dans toute son étendue.

Dans la discussion qui s'engage sur ce fait intéressant, M. Barthélemy fait remarquer que la mort n'a pu reconnaître pour cause la distension du cœur par de l'air, puisque cet organe contenait des caillots; que l'air pénètre fort avant dans les vaisseaux, et enfin que dans le cas actuel l'existence d'une pneumonie avec hépatisation d'un poumon entier a dû puissamment contribuer à la mort.

Séance du 5 février. MORVE AIGUE (*Contagion de la*). — M. Andral rapporte un nouveau fait de morve aiguë, observé chez l'homme. Un cocher qui soignait des chevaux viciés tomba malade le 11 janvier de cette année, précisément à l'époque où un de ses chevaux morveux fut abattu. Les premiers symptômes furent de la courbature, de la céphalalgie, des douleurs articulaires, etc. Le 20 janvier, il survint une éruption pustuleuse à la face et de l'écoulement par les narines. Entré à l'hôpital le 29 janvier, on put constater une tuméfaction notable de la face, qui était d'un rouge livide, couverte de pustules confluentes, les unes encore dures et rouges, les autres suppurées. Cette éruption s'étendit bientôt à la bouche et sur les membres. Ceux-ci étaient en outre couverts de pétéchies et d'ecchymoses, et dans leur intérieur on pouvait reconnaître l'existence de vastes abcès : un écoulement sanieux et purulent avait lieu par les narines. Bientôt les pustules s'ulcérèrent, la gangrène s'empara de la face et le malade mourut le 1er février.—*Autopsie.* Les muscles renfermaient d'énormes collections purulentes qui avaient détruit les muscles et atteint les os. Dans les intestins on rencontra des rougeurs et des ecchymoses. Le poumon était le siége d'une pneumonie lobulaire offrant les deux degrés de l'hépatisation. Dans les fosses nasales la muqueuse pituitaire était gangrenée et les os se trouvaient à nu. La muqueuse palatine était affectée de gangrène, et le voile du palais, infiltré de pus, avait neuf à dix lignes d'épaisseur. M. Andral annonce que la matière purulente prise chez ce malade a été inoculée à une ânesse par M. Leblanc. Cette expérience a été tentée il y a quatre jours, et aujourd'hui l'animal présente du jetage.

M. Barthélemy reproduit ses objections ordinaires, tirées de dissemblances qu'il voit entre la maladie regardée comme morve aiguë chez l'homme et celle du cheval. Chez ce dernier il n'y a pas de vastes

abcès, pas de gangrène dans la bouche, pas de pustules dans les voies digestives. Enfin le cheval qui a été abattu était atteint de morve chronique, comment aurait-il communiqué une morve aiguë ?

M. Andral pour répondre à M. Barthelémy suit une marche toute différente de celle qui avait été adoptée jusque-là par les adversaires de l'habile vétérinaire que je viens de nommer. Regardant la question d'un point de vue plus élevé, il ne s'arrête pas à prouver l'identité des lésions dans les deux cas, il lui suffit de la lésion spéciale qui consiste dans l'état des fosses nasales. Quant à toutes les différences signalées par M. Barthélemy, elles ne prouvent pas du tout qu'il s'agisse de deux maladies différentes. Qu'importe en effet ici le plus ou le moins d'intensité ? Une affection ne peut-elle pas s'être modifiée en passant d'une espèce à une autre ? et d'ailleurs une maladie est-elle toujours identique à elle-même dans une même espèce ? Un individu atteint de variole légère communique à une autre personne une variole grave, avec désordres considérables dans plusieurs viscères, n'est-ce donc plus une variole dans ce second cas, ou dira-t-on qu'elle n'a pas été communiquée parce qu'elle diffère de celle qui lui a donné naissance ? N'en est-il pas de même pour la scarlatine ? Ne voit-on pas des pestiférés sans bubons ; des malades atteints de typhus sans parotides, etc. ? Pourquoi venir dire : ici les abcès sont très vastes, là ils sont peu considérables ? Il y en a dans les deux cas, la purulence existe chez l'homme et chez le cheval, à des degrés différents il est vrai ; mais elle existe et cela suffit : l'altération des fosses nasales n'est-elle pas là pour démontrer la *spécialité* d'une maladie à laquelle la spécialité des hommes qui en sont atteints donne le dernier degré d'évidence ?

Séance du 12 février. M. Bérard jeune, rapporteur, annonce que la commission instituée pour déterminer la section dans laquelle il serait procédé au remplacement de trois membres décédés, a déclaré la vacance dans la section d'anatomie et de physiologie. La séance est en partie consacrée à des débats de fort peu d'importance sur quelques motions d'ordre.

Séance du 19 février. ÉLÉPHANTIASIS DU SEIN. M. Renoult lit une observation assez intéressante transmise par M. le docteur Etienne, médecin au service du pacha d'Egypte. Il s'agit d'une femme arabe qui présentait une tumeur éléphantiasique du sein, largement pédiculée, descendant jusqu'au pubis et offrant un pied et demi de diamètre. Cette tumeur a été enlevée avec succès.

Blennorrhagie virulente. M. Cullerier rend compte d'un travail de M. Sauvan dans lequel ce médecin croit pouvoir établir que la blennorrhagie est occasionnée par un virus particulier différent de celui qui donne naissance aux chancres. Il regarde comme caractères distinctifs de la blennorrhagie virulente : 1° son apparition après un contact impur, 2° l'existence d'un temps d'incubation, 3° l'existence d'une période d'acuité dont la durée est de sept à vingt et un jours, 4° enfin les phénomènes secondaires spéciaux qui la suivent et qui sont l'ophthalmie, l'angine, les exanthèmes furfuracés, les végétations, les douleurs articulaires.

M. Sauvan préconise les bons effets de la poudre de sabine en boisson, en gargarisme, etc., pour combattre les symptômes secondaires. Ce remède a échoué entre les mains de M. Cullerier.

Quelques objections s'élèvent à propos de ce mémoire. M. Louis aurait voulu que les assertions de l'auteur fussent basées sur des faits bien observés et bien analysés. M. Lagneau croit que les blennorrhagies sont tantôt virulentes, tantôt non virulentes ; et que les premières sont ulcéreuses ou catarrhales. Interrogé sur les signes auxquels il pense pouvoir reconnaître la blennorrhagie ulcéreuse, M. Lagneau répond que les ulcérations sont entourées d'un noyau d'engorgement que l'on peut reconnaître en promenant le doigt le long du canal de l'urètre ; qu'il y a un écoulement de pus strié de sang : que pendant l'émission des urines, une douleur plus vive se fait sentir au niveau de l'ulcération. Enfin qu'en introduisant une bougie emplastique dans le canal, elle fera souffrir plus fortement le malade en atteignant l'ulcère. M. Ségalas n'hésiterait pas à employer le spéculum qu'il a décrit pour les maladies de l'urètre. M. Velpeau fait observer que tous ces signes sont très peu certains, que le cathétérisme est une chose impraticable à cause des douleurs qu'il occasionne, à plus forte raison si l'on veut employer le spéculum de M. Ségalas. Quant au travail de M. Sauvan, c'est là une question à refaire et pour laquelle les personnes qui s'occupent spécialement d'affections syphilitiques doivent se livrer à des recherches suivies.

Séances de l'Académie royale des Sciences.

Séance du 24 janvier. — STRUCTURE DES OS. — M. Breschet, au nom d'une commission composée de MM. de Blainville, Serres et de lui, fait un rapport sur un mémoire de M. le professeur Gerdy, relatif à ce sujet, et communiqué en juillet 1838. Ce rapport étant un exposé historique de la matière, nous croyons devoir le publier presque en entier, tel qu'il se trouve dans le N° 4 des *Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences* (Premier semestre 1839).

« La composition organique des os a été le sujet des recherches des anatomistes de tous les temps, et après de si nombreuses investigations, on devrait croire que l'histoire de ces organes est arrivée à son dernier degré de perfection; mais les discussions élevées en Italie entre Scarpa (1) et Medici (2), et les travaux de Retzius (3), de Deutsch (4), Purkinje (5), Muller (6), Miescher (7), nous démontrent que tout n'est pas connu dans la structure des os, et que pendant longtemps encore les anatomistes pourront s'exercer sur ce sujet.

» M. Gerdy nous a apporté les fruits de ses investigations. et dans un premier mémoire, il s'est exclusivement attaché à l'étude de la structure des os *considérés dans l'état sain.* On peut ranger sous sept titres différents ce qu'il dit. Il prétend :

» 1° Que l'apparence fibreuse du tissu compacte est *due à des sillons vasculaires;*

» 2° *Que les sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergents dans certains os plats;*

» 3° Que le *tissu* compacte *est composé de canalicules vasculaires adhérents les uns aux autres et divisés comme les sillons qui viennent y aboutir;*

» 4° Que le tissu *spongieux des auteurs* est composé d'un *tissu canaliculaire,* d'un *tissu réticulaire* et d'un *tissu celluleux;*

» 5° Que le *tissu canaliculaire loge des vaisseaux dans une*

---

(1) *Anat. et pathol. ossium.* Ticini, 1827. — *Comment. de ossium penitiori structura.* Lips. 1799. — (2) *Esperienze interne alla tessitura organica delle ossa. Oposc. scient.* Bologna, 1818. — (3) *Mém. sur la structure des dents.* (En suédois). — (4) *De Penitiori ossium structura observationes.* Vratislaviæ, 1834. — (5) *Ibid.* — Voyez aussi : Isacus Baschroow. *Metemata circa mammalium dentium evolutione.* Vratislaviæ, 1835. — (6) *Anat. et physiol. in univers. litter. etc. observationes.* Berlin, 1836. — *Vergleichende Anatomie der Myxinoiden.* Berlin, 1836. — (7) *De inflammatione ossium eorumque anatome generali.* Berolini, 1836.

foule de canalicules, à peu près parallèles et longitudinaux, *dans les os longs;*

» 6° Que le *tissu réticulaire* est formé *de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent;*

» 7° Enfin que le *tissu celluleux*, assez diversifié dans sa disposition, suit cependant *certaines lois générales.*

» Personne ne peut contester l'apparence fibreuse du *tissu compacte* de quelques os, et particulièrement des os longs où les fibres sont longitudinales; rayonnées ou divergentes dans certains os plats. Mais on ne retrouve pas cette disposition dans les os courts. M. Gerdy considère cette apparence fibreuse comme illusoire et comme due à des canaux vasculaires ouverts à la face extérieure de l'os où l'on aperçoit la tranche des lames intercaualiculaires. *Des sillons précédant les orifices des canalicules sont le plus souvent taillés en bec de plume, et tous ces sillons et ces petits canaux logent des vaisseaux.*

» Le tissu compacte ne serait donc primitivement qu'une réunion de tubes osseux formant une enveloppe solide, une sorte d'étui résistant autour des vaisseaux, et ces canalicules offriraient dans leur mode de formation une disposition semblable à ce qu'on voit arriver sur la diaphyse des os, où l'artère nourricière s'entoure d'un cylindre de matière osseuse qui s'étend successivement du centre vers les extrémités de l'organe, en constituant ainsi le premier point d'ossification. Ces cylindres, à directions très variées, sont tellement multipliés, et avec des diamètres si différents les uns des autres et parfois si petits, si capillaires, que le miscroscope seul peut nous les faire apercevoir sur tous les points du tissu osseux et dans l'épaisseur des parois des cylindres qui entourent les vaisseaux; de manière qu'on peut dire que leurs divisions et leurs subdivisions sont à l'infini. Ce que nous n'apercevons pas à l'œil nu, le microscope nous le fait reconnaître dans les os sains, et cette disposition devient des plus manifestes par le travail de l'inflammation.

» Le *tissu canaliculaire* est un ensemble de petits canaux parcourus par des vaisseaux; il occupe dans les os longs la circonférence du canal médullaire et non le centre. Les os plats en sont presque entièrement dépourvus; mais les os courts en contiennent dans une médiocre proportion. Ces canalicules, dans les os longs, forment des vides allongés ou canaux légèrement inflexes et tortueux, marchant parallèlement les uns aux autres, et leurs parois sont percées d'une multitude de trous pour le passage des vaisseaux *anastomotiques canaliculaires.* Ces canalicules tirent leur origine du conduit du vaisseau médullaire dans les os longs et se portent parallèlement vers les extrémités de l'os en se multipliant de plus en plus.

» Si l'on examine les os d'un jeune sujet, on aperçoit que les lames cartilagineuses qui séparent la diaphyse de l'épiphyse sont autant de barrières sur lesquelles viennent finir les canalicules. Mais lors de la métamorphose de ces diaphragmes cartilagineux en tissu osseux, les canalicules perforent cette cloison, vont au-delà, et parviennent jusqu'aux extrémités du cylindre osseux.

Dans les os courts ces canalicules arrivent jusqu'à de larges ouvertures extérieures vasculaires ou à une surface articulaire; mais alors ils doivent former, suivant nous, un cul-de-sac, car toute surface ar-

ticulaire est pourvue d'un cartilage dont les communications avec le tissu osseux sont peu ou point distinctes.

» Le *tissu réticulaire* admis depuis longtemps et que Bichat regarde comme une simple modification du tissu celluleux, doit, suivant M. Gerdy, en être distingué parce qu'il est formé, non de canalicules, mais d'un réseau de filets, autour desquels les extrémités terminales des vaisseaux médullaires se ramifient et s'anastomosent. Ce tissu occupe principalement l'axe des os longs, et après l'achèvement de l'ossification ce tissu réticulaire va jusque dans le milieu de l'épiphyse et à quelques lignes de la surface articulaire. Le réseau offre des mailles d'autant plus lâches ou plus larges qu'on se rapproche davantage de l'axe de l'os, et que l'on est à une plus grande distance des extrémités.

» Le *tissu celluleux ou aréolaire* appartient aux épiphyses des os longs, à l'intérieur des os plats et des os courts, et offre trois variétés de formes : 1° *Forme quadrilatère ou à canalicules entrecoupés.* — 2° *Forme arrondie.* — 3° *Forme cellulaire ou aréolaire allongée.*

» Tous ces espaces aréolaires, canaliculés ou réticulés, etc. sont occupés par des vaisseaux sanguins, et M. Gerdy rappelle qu'on admet dans la science trois sortes de vaisseaux dans le tissu des os : 1° ceux du tissu compacte, 2° ceux du tissu celluleux, 3° ceux du canal médullaire. Les os ne sont donc qu'un réseau vasculaire ou une sorte de faisceaux de petits canaux de formes variées, représentant des étuis dans lesquels sont placés ces vaisseaux. M. Gerdy n'admet point de contact immédiat entre la surface extérieure des tuniques vasculaires et la paroi interne de ces petits conduits osseux. Une couche d'un liquide huileux ou suc médullaire sépare les tubes solides et les canaux vasculaires.

» Au mémoire de M. Gerdy sont annexées des planches lithographiées représentant, d'après des os secs, les divers conduits dont est percé le tissu osseux.

» Telle est l'analyse de la première partie des recherches de M. Gerdy. Voyons maintenant ce que possède déjà la science sur ce point d'histologie, afin de pouvoir indiquer avec justice les progrès que M. Gerdy a fait faire à l'anatomie de structure :

» Malpighi (1) a considéré les os comme composés de filaments réunis entre eux d'une infinité de manières et constituant un réseau dans les mailles duquel est déposé un suc osseux. Dans les os tubuliformes (*in ossibus tubulosis*) les filaments sont longitudinaux, tandis que dans les os plats du crâne ils vont en divergeant du centre vers la circonférence, et si ces filaments ne tirent pas leur origine des fibres tendineuses, certainement il y a entre ces parties des adhérences intimes. Bichat (2), Meckel (3) et Autenrieth (4) ont admis les idées de Malpighi, le plus ordinairement sans y rien changer, et ils pensent que les filaments celluleux et primitifs des os ne font ensuite que s'incruster de matière osseuse.

(1) *Anat. plantarum.* Londres, 1675. *Opera posthuma.* Londres, 1698. — (2) *Anat. gén.*, t. 2. — (3) *Man. d'anat. hum. descript. et path.*, t. 1. — (4) *Handbuch der empir. menschl. Physiologie*, t. 3, p. 359.

Gagliardi (1) a prétendu que les os sont constitués par des squames en nombre infini, formées par le dépôt d'un suc concrescible. Toutes ces lames sont retenues les unes contre les autres par de petites chevilles qu'il rapporte à quatre genres distincts. Les vaisseaux sanguins s'engagent entre les lamines osseuses et parcourent tous les espaces qu'elles laissent entre elles. Dans la conformation de ces petites lames il établit trois espèces : *laminæ corrugatæ, cribriformes, reticulatæ.*

Cl. Havers (2) assure que les particules les plus minimes des os sont oblongues, qu'elles adhèrent par leurs extrémités, sont disposées sans aucun ordre apparent, forment un tissu spongieux. Il dit, en outre, avoir découvert dans la substance compacte et corticale des os deux espèces de pores ou de canaux (*duas in substantiâ durâ corticali pororum seu canaliculorum species invenit*) dont les uns sont longitudinaux et les autres transverses, les vaisseaux pénètrent entre les lames osseuses et s'y distribuent.

Boehmer (3), Reichel (4), Haller (5), Blumenbach (6), Duhamel (7), Delassone (8), Marrigues (9), etc., ont admis l'existence de la nature fibreuse et lamelleuse des os.

Th. L. Sœmmerring (10) prétend que les os sont formés soit de fibres, soit de lamelles ou cellules; mais il excepte les dents et l'os du labyrinthe.

Albinus (11) admet aussi des lamelles faciles à reconnaître chez l'adulte, mais qui ne paraissent pas exister pendant le premier âge. Dans les os longs la substance spongieuse diminue, et la corticale augmente, laquelle est formée de lamelles intimement unies entre elles, et laissant des espaces de plus en plus petits, de formes variées, et dans lesquels non seulement la moelle, mais encore les vaisseaux, sont renfermés.

Caldani (12), professeur à Padoue, s'est attaché à démontrer la nature lamelleuse des os, et Medici, professeur à Bologne, a cherché, en débarrassant les os de leur sel calcaire, à rendre manifestes les lames dont ils sont composés (13). Une longue polémique a existé à ce sujet entre ce dernier professeur et le célèbre Scarpa.

Médici a reconnu que la structure lamelleuse est moins manifeste dans les os du corps humain que dans ceux des animaux. Il croit que les cellules sont formées par des fibres qui laissent entre elles de très petits intervalles, et que ces filaments, qui sont réunis aux fibres, se maintiennent réciproquement dans leurs rapports naturels.

---

(1) *Anatome ossium novis inventis illustrata.* Lugd. Batav., 1723. — (2) *Novæ quædam observationes de ossibus.* Lugd. Batav., 1734. — (3) *Institutiones osteologicæ*, p. 13 et 14. — (4) *De ossium ortu et structura.* Lips., 1769. — (5) *Oper. minor.*, t. 2, p. 1. *Elem. physiol.*, t. 8. — (6) *Gesch. u. Beischr. d. Knochen d. menschl. Körpers.* Goetting, 1786. — (7) *Mém. de l'Acad. roy. des sc.*, 1741-1742-1743. — (8) *Ibid.* 1751-1752. — (9) *Loc. cit.* — (10) *De corporis hum. fabrica.*, t. 1. — (11) *Adnot. acad.* Lib. VII. *De construct. ossium.* — (12) *Memorie sulla struttura della ossa umane e bovine.* Padova, 1804. — (13) *Loc. cit.*

Scarpa (1), rejetant entièrement l'existence des fibres et des lamines, s'est efforcé de prouver que la substance compacte corticale et la substance spongieuse sont de même nature, ou ne diffèrent entre elles que par la petitesse et le resserrement des espaces que ces fibres ou ces lamelles laissent entre elles. L'os est donc suivant lui un tissu réticulé celluleux.

Après ces auteurs, nous devons parler de ceux qui se sont aidés du microscope pour étudier la structure des os.

Ant. Leeuwenhoeck (2) a reconnu quatre espèces de pertuis sur une squame prise sur un fémur de bœuf. Les plus petites ouvertures étaient tellement resserrées qu'on pouvait à peine les apercevoir. Les secondes apparaissaient comme de petites taches brunâtres ; les troisièmes, plus manifestes, observaient dans leur disposition un certain ordre comparable à celui des grands vaisseaux des arbres. On les voyait en effet former des cercles concentriques, ce qui fit comparer cette disposition pour l'ossification, à celle qui appartient à la formation du tissu ligneux. Enfin la quatrième espèce d'ouvertures dans la substance des os était remarquable par sa grandeur, mais elle était la moins répandue. Leeuwenhoeck pense que tous ces pertuis sont les orifices des tubes osseux. Ainsi la partie solide des os serait formée de quatre espèces de canaux parcourant les os suivant leur longueur.

Outre ces canaux Leeuwenhoeck admet deux autres espèces de conduits qui vont dans une direction contraire, de la partie inférieure des os à leur superficie.

Cl. Havers (3), qui faisait calciner les os avant de les soumettre à son observation sous le microscope, et Reichel, qui les soumettait d'abord à l'action d'un acide, admettent deux ordres de canaux qu'on peut rapporter à la troisième et à la quatrième espèce de Leeuwenhoeck.

D'après ses observations pour ce qui regarde la structure canaliculée des os, Howship (4) a constaté l'existence de petits conduits qui vont s'ouvrir soit dans le canal médullaire, soit à la surface extérieure des os. Ces canalicules sont remplis par une substance blanchâtre. Les vaisseaux nombreux qui les parcourent sont fort petits comparativement à l'aire de ces canalicules. La différence de diamètre de ces petits conduits dans les os calcinés et dans les os non soumis à l'action du feu lui a fait penser que chez ces derniers une membrane doit les tapisser.

Le célèbre professeur Purkinje a, dans ces derniers temps, soumis le tissu osseux à de nombreuses investigations. Il décrit d'après ses observations microscopiques la structure qu'il pense avoir découverte dans le tissu osseux. Déjà plusieurs de ses disciples, et particulièrement M. Valentin, professeur à Berne, et M. Deutsch, ont publié les résultats des recherches de M. Purkinje, et ceux de leurs propres observations faites sous la direction de leur maître.

A peu près à la même époque (1836), M. Miescher a fait paraître à

(1) *Loc. cit.* — (2) *Opera omnia.* — (3) *Loc. cit.* — (4) Voyez les *Transact. de la soc. méd. chirur. de Londres*, et la traduction allemande de Cerutti, p. 20-35.

Berlin une dissertation sur l'anatomie générale du système osseux et sur l'inflammation de ce même tissu. Il admet dans le tissu des os trois formes différentes dans l'arrangement de ses parties : 1° Des lames qui correspondent au contour de l'os; 2° des canaux et des cellules qu'entourent des lamelles concentriques; 3° des corpuscules particuliers qui sont dispersés soit entre les lamelles, soit dans leur épaisseur même.

Les lamelles ne paraissent pas appartenir aux os des enfants, mais elles deviennent manifestes dans ceux des adultes, surtout si les os sont tubuleux. Elles constituent la partie corticale ou couche externe superficielle. A mesure qu'on se rapproche du canal médullaire, le nombre des canalicules croissant de plus en plus, elles finissent par disparaître. Sur les os du crâne, bien mieux que sur tous les autres, on aperçoit très distinctement ces lamelles soit sur le feuillet compacte extérieur, soit sur l'intérieur ou lame vitrée. On les reconnaît aussi sur la surface extérieure du scapulum, des os du bassin, du sternum, des vertèbres, bien que ces os soient percés d'un nombre infini de pertuis. On les trouve même dans les canaux et les conduits osseux qui transmettent les nerfs et les vaisseaux. M. Miescher avoue n'avoir jamais pu découvrir comment ces lamines sont unies entre elles. Il paraît croire qu'elles ne sont ni parallèles entre elles, ni disposées à la manière d'un réseau.

M. Deutsch fait disparaître cette difficulté en admettant des canalicules très nombreux placés transversalement entre ces lamines et destinés non seulement à les unir, mais encore à transporter la matière calcaire.

Des canalicules existent, en effet, partout, dans la substance compacte des os et dans toutes les directions. Sur le squelette de l'embryon on les voit procéder de la diaphyse aux extrémités articulaires des os longs, et sur les os plats du crâne, du centre à la circonférence de ces mêmes os. Cependant ils ne sont pas tellement réguliers qu'ils n'empiètent pas les uns sur les autres de manière à former un réseau. La cavité de ces canalicules est en général cylindrique et le plus ordinairement plus petite dans ceux qui correspondent à la surface extérieure des os, d'où résulte une dureté plus grande de cette couche corticale. Ces canalicules s'ouvrent aussi dans la substance spongieuse. Suivant M. Miescher ils contiennent la moelle ou une substance analogue, et dans les grandes cellules on voit distinctement des vésicules adipeuses. En outre, il faut y admettre des vaisseaux nombreux que leur couleur rouge et l'écoulement du sang dans les amputations rendent manifestes; mais il est difficile d'en assigner la direction, parce que l'injection avec des matières coloriées est très difficile et que ces vaisseaux sont obstrués par le sang qui s'y trouve coagulé. Si l'injection est heureuse, l'opacité des os est un obstacle aux observations microscopiques, et si l'on attaque le tissu osseux par les acides les matières colorantes des injections sont altérées ou détruites. M. Miescher a cependant pu apercevoir des rameaux vasculaires extrêmement fins se porter de la surface externe ou du canal médullaire dans les canalicules, et passer de là dans les canalicules latéraux.

En dernière analyse, M. Miescher pense que la substance spon-

gieuse n'est formée que par des canalicules amplifiés; que le canal médullaire lui-même doit être considéré comme résultant de la réunion de ces canalicules amplifiés. Enfin ces canalicules, enveloppés de lamelles concentriques et contenant la moelle par de nombreux vaisseaux sont les éléments de la forme primitive du tissu osseux qui se perfectionne par son développement.

Scarpa avait donc raison de dire que la partie dure des os était formée par du tissu cellulaire réticulé; mais Bichat avait certainement tort d'admettre l'existence d'un système médullaire et surtout d'un canal ou d'une membrane médullaire distincte et isolée.

Corpuscules. — Leeuwenhoeck (1) paraît être le premier qui ait signalé les corpuscules sous la désignation de tâches brunâtres qu'il croyait être les ouvertures du second ordre de ses tubes ou canaux.

Il faut arriver jusqu'à Purkinje pour voir découvrir de nouveau ces corpuscules et en indiquer la nature. Cet habile micrographe dit qu'on trouve ces corpuscules dans tout le tissu osseux, après qu'on l'a débarrassé de sa matière solide par l'action d'un acide. Alors ils ressemblent à des taches de couleur brunâtre, d'un diamètre très petit, brillant à leur centre et limitées par une ligne bien distincte et opaque. Leur forme est ovalaire plus ou moins comprimée et finissant en pointe. A un fort grossissement du microscope on reconnaît que leur bord est dentelé. Situé entre deux lamelles, le diamètre de ces corpuscules est longitudinal et légèrement oblique entre ces lames. Ces corpuscules sont plus difficiles à découvrir et à bien voir lorsque la matière terreuse des os n'a pas été retirée, car ils sont opaques.

Les recherches de M. Gerdy ne paraissent pas d'abord avoir un rapport direct avec celles dont nous avons parlé en dernier lieu, parce qu'il s'est arrêté lorsqu'à l'œil nu il n'a plus distingué la structure du tissu osseux. Mais les recherches des micrographes ne sont que ces mêmes investigations portées plus loin en pénétrant dans la structure intime de l'organe et en étudiant non-seulement les vaisseaux, mais encore comment les lamines et les fibres tiennent les unes aux autres.

M. le rapporteur examine ici une question de priorité qui s'élève entre M. Gerdy et M. Bourgery, relativement aux recherches précédentes, et il montre que cette priorité appartient évidemment à M. Gerdy, qui avait publié les résultats de ses investigations sur la structure du tissu osseux, vers la fin de 1832, dans la deuxième partie de son *Traité de physiologie*. Dans les premières livraisons de son *Traité d'anatomie* (t. I, page 41), où M. Bourgery a parlé de la conformation intérieure des os, il n'y a entre ses idées et celles de de M. Gerdy pas la moindre conformité. Ce n'est que dans les parties de son ouvrage publiées en 1838 (t. IV, p. 144), que cet anatomiste, soit qu'il ait modifié ses idées d'après celles de M. Gerdy,

(1) *Loc. cit.*, p. 201.

soit qu'il y soit arrivé par ses propres recherches, s'est rapproché des résultats de celui-ci.

« Dans cette partie de son ouvrage, dit M. le rapporteur, M. Bourgery cherche à montrer les formes des vaisseaux dans les os et à signaler l'harmonie établie par la nature entre les deux conditions de résistance et de nutrition (l'ostéo lynamie et l'ostéoangéiotomie.) Il dit : « 1° Dans l'accord de la fibre proprement osseuse avec le canal sanguin, la nature a établi une harmonie telle que le même élément organique remplit à la fois ce double usage de support et de voie circulatoire ; 2° dans la substance compacte, entre les lamelles, ou mieux entre les fibres osseuses parallèles sont situés les vaisseaux sanguins; 3° dans la substance spongieuse, les colonnettes, organes de sustentation par leurs parois osseuses, sous le rapport dynamique, sont également, par le canal multiloculaire qu'elles renferment, des réservoirs pour le sang, au point de vue de la circulation. »

M. Bourgery parle aussi des canaux veineux libres. Mais le rapporteur de votre commission avait, bien longtemps auparavant, fait l'histoire de ce mode de vascularité et de circulation sanguine dans le tissu des os. Il a même établi dans un premier mémoire, inséré dans les *Actes de l'Académie des curieux de la nature*, que les canaux veineux des os forment, par leurs divisions, leurs subdivisions et leur manière de communiquer dans les diverses substances des os avec les canalicules et les cellules, une sorte de *corps caverneux*; et il compare le système osseux pénétré par une grande quantité de sang à un véritable *diverticulum sanguinis*. De là à un réseau vasculaire plus fin, il n'y a qu'un pas à faire.

En résumé, M. Bourgery a confirmé par son dernier travail (1838) les observations antérieures et différentes de M. Gerdy et de l'un de vos commissaires. Il sait comme eux d'ailleurs que les os sont aussi vasculaires que les tissus qui le sont le plus. Les veines et les artères qui pénètrent la substance osseuse proprement dite n'y existent cependant qu'à un degré de capillarité microscopique. M. Gerdy n'a d'ailleurs point fait usage du microscope dans ses recherches, et nous le regrettons, parce qu'à l'aide de cet instrument il aurait pu donner à son travail tout le fini désirable et ne rien laisser à trouver après lui, et nous devons considérer les observations avec le microscope faites par Purkinje, Deutsch, Valentin, J. Müller et Miescher, comme un complément des travaux de MM. Gerdy et Bourgery. M. Gerdy a tout observé avec ses yeux seuls ou aidés d'une loupe; mais les études qu'il a faites en même temps sur les os malades et sur les os des animaux (de bœuf, de cheval et de quelques autres mammifères) l'ont singulièrement éclairé sur la structure intime du tissu osseux. Aussi, tout en négligeant le secours d'un instrument aussi puissant que le microscope, il n'en est pas moins parvenu à des résultats très intéressants par cette méthode comparative.

Ces résultats, nous les avons énoncés en commençant. Mais quelque importants qu'ils soient sous le rapport purement anatomique, ils le sont davantage encore par la lumière qu'ils répandent sur les maladies des os. C'est ce que nous tâcherons de démontrer dans notre rapport sur le deuxième mémoire de M. Gerdy, qui a pour objet l'anatomie des os malades et l'explication de leurs altérations.

« La grande vascularité du tissu osseux paraît donc être aujourd'hui un fait anatomique bien démontré et bien reconnu. Il est incontestable que M. Gerdy a puissamment contribué à mettre cette vérité hors de toute contestation ; mais ses dissections ayant été faites sur des os secs, sans injection préalable, il n'a pu juger de la vascularité de ces organes que d'après le grand nombre de petits canaux ou de petits cylindres creux dont les os sont composés ; il n'a pas pu s'expliquer sur l'espèce de vaisseaux renfermés dans ces petits tubes : il a cependant reconnu qu'ils contiennent des vaisseaux sanguins et un liquide huileux, qu'il considère avec raison comme étant le suc médullaire. »

Séance du 18 février.—PLAIES DE TÊTE.— M. Laugier communique à la Société une *Note sur un signe nouveau des épanchements de sang dans le crâne et de la fracture du rocher du temporal pénétrant dans la caisse du tympan.* Ces signes, dit M. Laugier, consiste dans l'écoulement par l'oreille d'une plus ou moins grande quantité d'un liquide aqueux, d'abord légèrement teint de sang, mais bientôt parfaitement limpide et incoloré, qui n'est autre que la sérosité du sang épanché et contenu dans la cavité du crâne, entre la dure-mère et les os. Les mouvements du cerveau expriment peu à peu la sérosité du caillot, et celui-ci est réduit en quelques jours à un mince feuillet, qui ne peut exercer de compression sur la masse cérébrale.

L'écoulement de ce fluide aqueux à lui seul, et indépendamment de tout autre phénomène, indique sûrement : 1° l'existence d'une fracture du rocher; 2° la disposition de cette fracture en simple fêlure, car une fracture plus large laisserait passer tout le sang, et n'agirait pas à la manière d'un filtre ; 3° la présence d'un épanchement de sang dans l'intérieur du crâne, reposant sur la fêlure du rocher, disposition importante, si l'on croyait devoir recourir à l'opération du trépan. Ce fait rare, car il n'est signalé, que je sache, dans aucun ouvrage, s'est présenté à moi d'abord en 1835 à l'hôpital Necker, puis en 1838 à l'hôpital Beaujon, sous les yeux de M. le professeur Marjolin, comme moi chirurgien de l'hôpital Beaujon. Une remarque singulière, et qui aurait pu jeter quelques doutes sur l'identité du liquide écoulé par l'oreille et de la sérosité du sang, c'est que dans les deux cas il ne s'est coagulé ni par la chaleur ni par les acides. Il ne contient donc pas d'albumine. Mais le résultat des autopsies dissipe toute incertitude sur son origine.

BIBLIOGRAPHIE.

Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, par E. Esquirol, médecin en chef de la maison royale des aliénés de Charenton, ancien inspecteur général de l'université, etc., Paris, 1838, 2 vol. in-8, 27 planches, chez J.-B. Baillière.

Nous n'acceptons point le reproche que l'on pourrait nous adresser de n'avoir pas mis assez d'empressement à parler d'une publication qui résume tout le fruit d'une longue et savante pratique; qu'importe le jour que l'on consacre à l'examen d'un ouvrage, lorsque les idées et les doctrines de l'auteur, comme celles que formule aujourd'hui M. Esquirol dans un travail d'ensemble, enrichi d'une précieuse moisson de faits ont déjà reçu la sanction d'une longue popularité? Ce qui me semblerait moins indifférent, ce serait d'indiquer le point où était restée l'étude de la folie, lorsque M. Esquirol commença à fréquenter les hôpitaux, et de parvenir à apprécier la part d'influence que ses écrits devancés par les leçons de son ancien enseignement clinique, ont dû exercer sur les progrès de la science et sur la réforme des hospices, effectués tant en France qu'à l'étranger à l'époque où nous vivons. Que l'on me permette donc, avant d'aborder le livre de M. Esquirol, une courte excursion sur le domaine du passé.

Ce que l'on dit du temps, qu'il procède par graduations et avec lenteur au perfectionnement de nos connaissances, s'applique parfaitement à l'étude des vésanies. Il arrive souvent que la peinture des phénomènes du délire existe d'abord seule dans les traditions littéraires anciennes, comme pour témoigner du mode d'expression de la folie, alors même que sa nature n'était pas encore soupçonnée. Les exemples d'hallucinations fourmillent, pour ainsi dire, dans les Saintes Ecritures; et nous lisons dans la bible des histoires de folie démoniaque, l'histoire d'un roi qui se croit changé en bête, et qui s'enfuit de son palais pour vivre au milieu des troupeaux.

Bien des siècles s'écoulèrent avant que les hallucinations, les illusions des sens, la démonomanie, la zoanthropie, aient été généralement classées parmi les infirmités naturelles à l'espèce humaine. Cependant dès la fin du premier siècle de l'ère chrétienne, l'étude de la folie était tombée dans le domaine de la médecine et systéma-

tisée. Arétée (de Cappadoce), qui existait près de dix-huit cents ans avant nous, trace déjà un tableau admirable de la manie et de la mélancolie; et ce tableau tout en prouvant que l'observation clinique était dès lors instituée, s'exerçant sur des masses d'aliénés, démontre en même temps que les caractères du délire n'ont jamais revêtu qu'un même mode d'expression fonctionnelle. Quelle variété d'aliénation mentale n'a pas été vingt fois décrite par les médecins qui marchèrent sur les traces d'Arétée? A peine au dix-septième siècle la véritable science commence-t-elle à se faire jour à travers les erreurs de la civilisation naissante, que d'excellents observateurs nous apprennent à distinguer la démence, le crétinisme, l'idiotie, et publient les plus sages conseils sur les soins hygiéniques et le genre de traitement qu'il convient d'administrer aux fous. Bientôt après Bonet, Morgagni, Lieutaud, cherchant à localiser le point de départ des aberrations fonctionnelles qui frappent les sens dans l'aliénation mentale, n'hésitèrent pas à scruter la matière pour lui demander l'explication des phénomènes que l'on attribuait trop souvent au seul vice de l'esprit.

D'où vient donc, lorsque la science marche d'un pas en apparence si ferme vers l'accomplissement de son œuvre, que sa principale mission, qui est le soulagement du malheur, reste si longtemps stérile pour l'humanité? Ne voyons-nous pas jusqu'au dix-neuvième siècle les aliénés partout chargés de chaînes, confondus avec les malfaiteurs, condamnés à expirer de froid, de malpropreté et de misère, dans l'air infect des prisons et d'humides cachots? C'est que, pour que les connaissances spéciales péniblement acquises de loin en loin par quelques hommes supérieurs et privilégiés par l'intelligence, pussent tourner au profit du traitement et de l'émancipation des aliénés, il fallait que ces connaissances se popularisassent, but difficile à atteindre, même parmi les médecins, avant que les hospices de fous fussent institués, et lorsque le régime plus que sévère des prisons tendait à entraver les communications avec des malades que les coups et les mauvais procédés ne rendaient que trop souvent furieux. Une administration heureusement inspirée place Pinel à la tête de l'hospice de Bicêtre, et aussitôt les obstacles qui empêchaient la lumière de se répandre étant levés, l'étude de la folie, ramenée par cet homme de génie sur le terrain d'une sage observation où elle a pris racine, fut accessible pour le premier venu. C'est donc surtout parce qu'il s'est attaché à populariser la science; parce qu'il a pris à cœur d'instruire des élèves, qu'il a formé le noyau d'une école, pour l'associer aux difficultés de ses vues et de ses projets,

que Pinel a pu commencer l'émancipation des aliénés, et qu'il s'est acquis des droits à une éternelle reconnaissance. Il ne pouvait être que glorieux pour Pinel d'élever le premier la main pour détacher les fers des aliénés; mais en s'appuyant sur la science, Pinel devait faire tomber partout des chaînes qui n'étaient pas moins humiliantes pour l'amour propre de l'humanité que blessantes pour les mains des malades; tandis que, s'il se fût contenté de rendre les furieux à la liberté, sans donner par ses écrits une grande publicité aux résultats de son expérience, il devenait à craindre que ses essais trouvassent peu d'imitateurs à une époque où l'on avait les idées les plus fausses sur les fous. L'on ne s'attend pas à ce que je fasse ressortir ici la haute importance du *Traité de la manie*, où chacun de nous a puisé les premières notions qu'il a d'abord possédées sur les affections de l'intellect; qu'il me suffise de rappeler que c'est dans cet écrit que l'auteur a posé et décidément établi les bases du système d'études auquel nous sommes en grande partie redevables des succès qu'a obtenus depuis quarante ans la médecine mentale. Mais soit que les vues de détail ne s'offrissent que confusément à l'esprit de Pinel, soit que d'après l'ordre établi des choses, la vie d'un homme se montre insuffisante, pour lui permettre d'étendre indéfiniment le cercle de son observation, et de donner à ses aperçus tous les développements qu'ils réclament et comportent, l'on ne peut s'empêcher de reconnaître en lisant le *Traité de la manie*, que beaucoup de vérités qui demandaient à être approfondies et développées, n'y sont, pour ainsi dire, qu'énoncées. Or, les documents, les faits, richesse précieuse que le temps crée, et que le travail féconde et s'approprie, manquant à Pinel, il lui devenait difficile de faire de nouveaux pas en avant.

Il était réservé à M. Esquirol de mieux analyser qu'on ne l'avait fait jusque là les divers éléments du délire; de mieux exposer et de faire mieux ressortir que ne l'avait tenté Pinel, les caractères distinctifs des principaux types de folie; d'élargir le cadre de la classification sans abuser du néologisme, et sans multiplier à l'infini le nombre des espèces : de mettre en scène, par une peinture animée, pleine de vie, de chaleur et d'action, des groupes de symptômes pris dans la nature, et qui ne peuvent plus s'effacer de la mémoire dès qu'ils y sont entrés, et où ils forment en quelque sorte tableau; si bien que si l'on suit M. Esquirol dans la description qu'il fait de l'idiotie, de la manie, de la démence, de la folie démoniaque, de la lypémanie, des formes presque innombrables de la monomanie, etc., l'on possède tout de suite l'idée la plus exacte et la plus vraie

de ces cruelles affections. Il était réservé à M. Esquirol d'ériger en habitude constante l'usage trop négligé d'étudier la conformation du crâne des aliénés, et de procéder aux ouvertures de corps; il lui était réservé d'apprécier à fond, et toujours à l'aide d'une application rigoureuse du calcul et des chiffres, l'influence qu'exerçent sur les centres nerveux et sur les productions de la folie les causes morales et physiques; d'ériger le traitement en médication, en le soumettant à des règles à peu près fixes, basées sur des indications nombreuses, saisissables pour le premier venu. Mais si je ne m'abuse, et cette part n'est pas la moins flatteuse, M. Esquirol doit être considéré comme le véritable fondateur de l'hygiène des fous, qui lui sont aussi redevables en partie de n'être plus exposés comme autrefois à subir la condamnation et l'infamie qui ne doivent atteindre que les criminels. Je ferai remarquer en passant, que le jour où elle crée une nouvelle branche d'hygiène, et où elle ose s'intituler la protectrice des hommes qu'un affreux malheur prive de leur volonté et de leur raison, la science a fait une conquête immense sur l'ignorance: et pour cette fois, c'est de l'ignorance sociale qu'elle triomphe; son sanctuaire s'est élargi, ses rayons ont frappé les regards de l'administrateur et du juge, elle s'est pour ainsi dire vulgarisée. Or, pour que des établissements coûteux s'élevassent de tous côtés et comme à l'envie les uns des autres à la place des cachots et des masures, pour qu'on en vînt à absoudre un individu qui brûle, qui incendie, qui plonge ses mains dans le sang, bien qu'il n'existe aucune incohérence dans ses raisonnements et dans ses idées, il faut véritablement qu'il se soit effectué une révolution totale dans la manière de voir de chaque homme. Cette révolution est presque consommée dans notre pays et dans les états limitrophes. Gardons-nous d'arguer de la plénitude du succès, qu'il fût facile de l'obtenir.

C'est en parcourant dans l'ouvrage de M. Esquirol les articles *hallucinations, illusions des sens*, le Mémoire qui traite de la folie considérée en général, que l'on se fait l'idée la plus juste de l'habileté avec laquelle l'auteur analyse les moindres aberrations de la sensibilité, les moindres lésions de l'exercice intellectuel ou des passions affectives, de la manière dont il conçoit la filiation des désordres, soit qu'ils commencent par les sens, l'intellect, les sentiments, où que les phénomènes morbides s'enchaînent en suivant une marche plus ou moins inverse. La distinction de l'idiotie et de la démence, tantôt séparées, tantôt confondues par Pinel, fait supposer, par la manière dont elle est motivée par M. Esquirol, une comparaison longtemps réfléchie des idiots et des insensés; tandis que les

noms qu'il impose aux différentes espèces de délire partiel, suffisent presque toujours à eux seuls, pour faire pressentir la nature de la maladie. C'est en moulant en plâtre, en conservant, mesurant au compas une immense quantité de crânes d'aliénés; en pesant souvent la masse encéphalique qu'il se propose de disséquer, que M. Esquirol procède à ses investigations sur le cadavre.

Les travaux hygiéniques de M. Esquirol supposent des déplacements, des fatigues, des peines, une combinaison de dépenses et d'efforts qui témoignent de l'importance que l'auteur attachait à leur réussite. Le sentiment d'une ardente charité peut inspirer pour un instant l'éloquence qui plaide en faveur de l'infortune ; mais le spectacle des fers et des verroux, la vue repoussante des haillons et des cachots, l'image des privations et des tortures corporelles qu'endurent des milliers de malades gelés et transis de froid, manquant de pain, de paille pour couvrir leur nudité, ce spectacle qui navre l'ame imprime seul aux discours une puissance de conviction qui atteint plus sûrement son effet. Pour réussir complétement à amener le public et l'autorité administrative à épouser la cause des aliénés, il était donc urgent de parcourir les départements, et de signaler l'état pitoyable où se trouvaient les espèces de geôles où, dans les principales villes de France, l'on enfermait les aliénés. Aussi ce ne fut qu'après de nombreux et fréquents voyages sur le territoire, que M. Esquirol put s'écrier : « Ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice et de l'ingratitude de leurs semblables. Ce sont des pères de famille, des épouses fidèles, des négociants intègres, des artistes habiles, des guerriers chers à la patrie, des savants distingués; ce sont des ames ardentes, fières et sensibles; et cependant ces mêmes individus qui devraient attirer sur eux un intérêt tout particulier, ces infortunés qui éprouvent la plus redoutable des misères humaines, sont plus maltraités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux! Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans la capitale. » L'on conçoit

l'effet que dut produire sur les esprits la vérité prêchée avec cette force de langage. Presque partout les cabanons furent abattus et démolis, et les aliénés relevés à la dignité humaine. Grace à Dieu, déjà chez nous les paroles que nous venons de citer n'ont guère plus besoin d'être invoquées qu'à titre de souvenirs historiques. Mais les descriptions, les plans sans nombre d'anciennes maisons d'aliénés, recueillis et conservés par M. Esquirol, attesteront longtemps la barbarie qui d'abord a commencé par peser sur les fous et les insensés.

L'hygiène avait beaucoup fait en obtenant la démolition des cachots et le vote des dépenses et des fonds nécessaires pour édifier de nouvelles constructions; l'on fut embarrassé lorsqu'il fallut dresser les plans des premiers hospices d'aliénés. Point de classements de malades, de traitement possible; point de sécurité pour la surveillance dans une maison d'aliénés mal combinée et mal conçue. M. Esquirol se chargea de déterminer le mode de construction le plus favorable aux individus susceptibles d'être traités, le plus avantageux à la santé physique et à la conservation des incurables. Non seulement la plupart des asiles que possède maintenant notre patrie se sont élevés d'après des modèles conformes aux vues de M. Esquirol, mais presque partout le mobilier, le personnel des établissements de fous, ont été dressés d'après ses indications particulières. Ce n'est donc pas sans raison que je me suis apesanti sur les services rendus à l'hygiène par M. Esquirol, avant d'entrer dans des détails d'une certaine étendue sur la partie purement pathologique de son livre.

M. Esquirol considère l'idiotie comme la conséquence d'un vice d'organisation de l'encéphale, ou comme le résultat d'un arrêt de développement qui se manifeste avant que l'instrument de l'intelligence ait atteint toute sa perfection. C'est donc en vain que l'on tenterait de combattre le véritable idiotisme, à moins qu'on ait la prétention de réformer les conditions des grands centres nerveux. Lorsque la dégradation morale et intellectuelle est arrivée à son plus haut terme, l'homme est ravalé au dessous des conditions de la brute, ne conservant même pas toujours le rudiment des facultés instinctives les plus bornées et les plus indispensables à son existence. Quelques idiots sont privés de la jouissance des principaux sens, et n'apprennent jamais à parler, à distinguer les auteurs de leurs jours. L'imbécillité peut passer pour une variété d'idiotisme. Les imbéciles, possédant des organes moins imparfaits que ne le sont ceux des vrais idiots, sont passibles d'une certaine éducabilité. Jouissant dans certaines limites de l'exercice des sens, des facultés morales et

intellectuelles, les imbécilles figurent à leur manière dans le drame de la vie humaine; mais, l'ascendant de la raison manquant souvent pour tempérer l'impulsion des penchants, quelques uns de ces malades sont vicieux, jaloux, colères, plus ou moins enclins à la cruauté. Les crétins sont des idiots montagnards et goîtreux que la prédominance de leur constitution scrofuleuse, les lieux qu'ils habitent et leur salacité dégoûtante font remarquer des voyageurs. Un certain nombre d'*albinos* sont idiots ; quelques albinos se distinguent par l'étendue et la portée de leur intelligence. Les *cagots* étaient des hommes vivant dans un état d'ilotisme, et dont l'excessive misère causait l'abrutissement. Les hommes trouvés quelquefois dans les forêts et qualifiés de *sauvages*, étaient imbécilles, étrangers à toute civilisation.

La critique chercherait vainement à s'exercer sur les corollaires que nous venons de passer rapidement en revue, et qui découlent des observations d'idiotie recueillies par M. Esquirol. Nous n'avons point été surpris de la profondeur des altérations notées par M. Esquirol dans l'encéphale de beaucoup d'idiots; car en bonne physiologie l'on s'appuie sur l'existence presque constante de ces désordres pour prouver la corrélation du physique et du moral. Ce qui nous a étonné beaucoup plus, c'est de voir coïncider de loin en loin l'idiotie avec une apparence de bonne conformation cérébrale. Mais il n'est pas donné de tout apprécier aux sens de l'observateur.

La démence ou l'affaiblissement de l'énergie morale et intellectuelle n'offre qu'une ressemblance grossière avec l'idiotisme. L'insensé a joui autrefois de la plénitude de sa raison, et c'est par accident que son cerveau a cessé d'être apte à la manifestation de la pensée. Les symptômes de la démence forment souvent un tableau disparate, parce que toutes les facultés affectives ou mentales ne subissent pas nécessairement sur le même individu, et à plus forte raison sur les différents sujets, le même degré d'oblitération.

M. Esquirol semble rattacher l'affaiblissement, puis l'abolition de l'exercice musculaire ou la paralysie générale, si fréquents dans les maisons d'aliénés, aux symptômes adventifs de la démence. L'on ne peut contester que les lésions de la motilité ne soient funestes à un grand nombre d'insensés : mais il arrive aussi que le délire qui se manifeste avec la paralysie générale revêt d'abord les caractères de la manie ou de la monomanie. Le travail morbide qui enfante la folie paralytique parcourt ses périodes en subissant une foule de modifications. Est-il donc surprenant que la forme du délire affecte plus d'un mode d'expression ? Aujourd'hui aussi que le diagnostic dif-

férentiel de l'hémorrhagie cérébrale, du ramollissement local de la substance encéphalique, des altérations dites organiques du cerveau, a acquis une sorte de précision, il devient indispensable de bien distinguer les symptômes de ces diverses maladies lorqu'elles se déclarent par hasard sur des aliénés; autrement l'on s'expose à exagérer le nombre des paralysies dites générales.

Le délire maniaque débute par la perversion de toutes les fonctions encéphaliques, se manifeste au dehors par des scènes de violence et d'éclat. Désordre dans les actes que leur mobilité rend incoërcible; tumulte dans les sensations, exubérance dans les idées qui pullulent sans suite ni liaison : voilà les principaux signes de la manie qu'il ne faut pas, à l'exemple de quelques anciens auteurs, confondre avec la fureur. La fureur est un accident, un épisode du délire; c'est la colère d'un fou exalté. Ce phénomène morbide peut éclater dans l'imbécillité, la monomanie, chez un halluciné, chez l'homme habituellement le plus doux et le plus traitable.

M. Esquirol croit devoir placer dans un genre à part, sous le nom de *lypémanie*, le délire qui s'exerce sur les affections tristes; dans un genre à part, sous la dénomination de *démonomanie*, le délire qui a surtout pour objet la crainte du diable et de la damnation; dans un genre à part, la folie *suicide*. Il rapproche ensuite dans un même genre, celui de la *monomanie*, le délire partiel qui a sa source dans l'association vicieuse des idées et des sensations (*monomanie intellectuelle*); le délire qui se manifeste par la perversion des sentiments moraux (*monomanie affective, manie raisonnante*); le délire qui se manifeste par l'entraînement des penchants (*monomanie instinctive, monomanie sans délire intellectuel*), dont la monomanie érotique, la monomanie homicide, la monomanie incendiaire, la monomanie d'ivresse, ne sont que des variétés. J'avoue que je n'ai pas goûté les motifs qui portent M. Esquirol à exclure le délire partiel triste, le délire partiel démoniaque, le délire suicide, du cadre de la monomanie; mais qu'importe le nom que l'on applique aux choses, pourvu qu'elles soient bien décrites et que l'on s'entende.

L'espace me manque pour exposer succinctement les phénomènes propres à caractériser les principales espèces de monomanie. Je ne puis m'empêcher de dire quelques mots de la monomanie raisonnante et de la monomanie instinctive que j'appelle impulsive. Tous les médecins d'aliénés se sont accordés de bonne heure à signaler une aberration fonctionnelle qui trahit son existence par l'impertinence du langage, l'effronterie des manières, une sorte de

besoin d'émotions scandaleuses, une activité incessante à mal faire, la perversion des goûts, des sentiments et des habitudes, sans que l'association des idées soit un instant suspendue. Les individus qui ont le moral ainsi aliéné deviennent le fléau de la société, causent la désolation de ce qu'ils avaient au monde de plus cher, et que maintenant ils abhorrent. Souvent l'autorité administrative et les magistrats répugnent à consentir à la séquestration de ces malades qu'on expose à devenir incurables, à dissiper leur fortune, à miner leur constitution par des excès, à se suicider de désespoir après que leurs dispositions d'esprit ont changé. Il n'est pas permis à un médecin de méconnaître la monomanie raisonnante, et c'est surtout en comparant les différentes époques de la vie des malades, que le médecin sera frappé du contraste qui les met en opposition avec eux-mêmes.

Longtemps M. Esquirol a douté de la réalité de l'entraînement du délire impulsif, prétendant que la volonté, soutenue par la force de la conscience et par l'horreur qu'inspire le crime à un être vraiment moral et sain de jugement, doit toujours suffire pour enchaîner, par exemple, le mouvement de la main qui se dispose à frapper. Aujourd'hui M. Esquirol paraît convaincu que la raison et la volonté peuvent être subjuguées par la violence des penchants. La monomanie homicide a beaucoup attiré l'attention de M. Esquirol, et rien ne donne autant à réfléchir que le détail des faits qui l'ont peu à peu obligé à se démettre de ses anciennes opinions. Il est donc vrai que l'homme est exposé par les infirmités de sa nature à immoler ce qu'il vénère, ce qu'il affectionne le plus! Cette mère qui veille avec sollicitude sur le berceau de son premier né, est destinée peut-être à l'égorger impitoyablement, sans pouvoir ni fuir, ni résister, ni se faire illusion sur son propre malheur. J'ai recueilli plusieurs exemples de folie homicide. Le jugement des malades est plus sujet à être lésé qu'on ne le pense généralement. C'est à tort qu'on croit souvent l'intellect dans son état normal, parce que le sujet peut encore rendre un compte fidèle de ce qui se passe dans son âme. Les idées pèchent par leur nature, obsédant l'esprit d'une manière incommode. Beaucoup d'autres phénomènes empruntés soit aux sens, soit à la sensibilité viscérale, aident à distinguer la monomanie homicide par impulsion.

La monomanie incendiaire a été surtout observée en Allemagne. Les pyromanes, dit M. Esquirol, d'accord en cela avec le docteur Marc et avec Gall, sont poussés pour ainsi dire par le désir d'incendier, de mettre le feu à une forêt, à une ferme, aux toits d'une ville

ou d'un monument. Bientôt ce désir les obsède et dégénère en un penchant qui maîtrise la raison, et soulève dans l'ame un sentiment d'anxiété que le spectacle des flammes peut seul apaiser. Quelques malades se livrent comme malgré eux aux émotions d'une joie féroce que font naître le bruit des cloches, le tumulte et les cris des citoyens, non sans gémir sur leur propre perversion morale, et sans que l'on puisse avoir l'assurance que les réflexions qu'ils font sur eux-mêmes les aideront une autre fois à vaincre leurs funestes dispositions, puisque certains pyromanes ont été convaincus d'avoir allumé jusqu'à quatre, sept et même onze fois l'incendie.

Je regrette infiniment que l'espace et le temps ne nous permettent pas d'entrer dans quelques unes des discussions que doit nécessairement soulever l'étude des diverses espèces de délire, constituées surtout par l'aliénation accidentelle des sentiments ou des penchants; je regrette beaucoup aussi de ne pouvoir pas faire une énumération circonstanciée des désordres que M. Esquirol signale comme existant plus ou moins fréquemment dans les grands centres nerveux des aliénés. Mais je ne puis m'empêcher d'adresser à un maître dont l'opinion est une autorité, le reproche d'avoir fait trop bon marché de l'influence que ces désordres ont dû exercer pendant la vie sur l'expression des idées, des sentiments, de la sensibilité; en un mot sur les fonctions de l'intellect. Les prétentions de retrouver dans la matière l'altération qui doit correspondre à chaque nuance du délire peut sembler exagérée et ridicule; la perfection des sens ne permettant point à l'homme de tout apprécier, est-ce à dire qu'il doit renoncer à tirer parti de ce qu'il sent et de ce qu'il voit? Je conviens avec M. Esquirol que les lésions qui affectent le cerveau des fous ne sont pas suffisantes pour rendre un compte satisfaisant de tous les phénomènes de l'aliénation mentale; mais la preuve qu'elles ont une valeur physiologique et pathologique, c'est qu'elles se reproduisent chez les aliénés dans une proportion, avec un ensemble de caractères, sous une forme de combinaison que l'on chercherait inutilement dans toutes les autres malades. Que l'on ne vienne donc pas conclure comme sont tentés de le faire les gens étrangers à la science, que l'anatomie ne nous apprend rien sur la cause matérielle des affections mentales. Je défie que l'on nous cite dans le corps humain une maladie qui se reproduise sous des formes anatomiques aussi constantes que le fait la folie paralytique.

J'arrive, en terminant, à l'appréciation de la méthode de traitement que M. Esquirol croit devoir conseiller de mettre en usage pour combattre et faire disparaître le trouble de la raison; et j'engage

ceux qui demandent un spécifique, une drogue pharmaceutique ou une recette morale pour guérir les maladies de l'esprit; ceux qui inclinent à croire que l'on n'obtient qu'un nombre médiocre de cures par la méthode de traitement ordinaire; et qu'il suffit de tout brusquer, en s'en prenant violemment aux sentiments, aux idées, aux sensations vicieuses d'un aliéné, pour le remettre sur la voie de la raison, à méditer avec M. Esquirol sur quelles considérations s'appuie la thérapeutique des affections dites mentales. La science aura fait un pas rétrograde le jour où l'on s'habituera à considérer l'esprit comme un principe indépendant, placé en dehors de l'influence du cerveau.

Ou je me trompe, ou l'on ne parvient à remédier aux écarts du jugement, qu'en agissant sur des ressorts matériels. Or, s'il est vrai que les moyens dits moraux, qui impressionnent d'abord les sens, n'ont une influence salutaire qu'autant qu'ils remédient aux conditions vicieuses de la substance nerveuse, n'est-il pas clair que celui qui ne fait cas que de la médecine morale, n'use que d'une partie de ses ressources? Ce que dit M. Esquirol de l'aliénation mentale des nouvelles accouchées; des terminaisons critiques de la folie; ce qu'il dit de la nécessité de rétablir les excrétions supprimées; de l'heureuse influence des émissions sanguines, des bains prolongés, des affusions froides, etc., prouve suffisamment qu'il faut tenir compte de tous les changements, de toutes les dispositions du corps pour attaquer avec avantage les infirmités de la raison. Quant au traitement dit moral de la folie, que la marche progressive de nos connaissances a dû faire naître avant le traitement purement physique, puisque les idées de la philosophie abstraite étaient très répandues alors que le mécanisme des dérangements de l'organisation humaine n'était point assez connu pour que l'on pût en déduire de sages préceptes applicables au redressement de la raison, je laisse aux hommes compétents à juger s'il a été suffisamment approfondi par Pinel et par M. Esquirol. Lorsqu'on s'est élevé contre les bains de surprise, l'usage journalier et prolongé des douches, contre l'habitude de chercher à tout prix à modifier le cerveau par la terreur et par la crainte, l'on a signalé le danger qu'entraînait l'abus que l'on faisait de ces moyens, sans prétendre qu'ils fussent nécessairement funestes à tous les sujets. La génération médicale actuelle est trop éclairée pour ne pas vouloir mettre à profit toutes les leçons du passé.

CALMEIL.

Recherches cliniques sur la méningite des enfants; par A. Becquerel. Brochure de 128 pag. chez J.-B. Baillière, 1838.

Il y a bien peu d'années que la forme la plus commune, et peut-être la seule, de la méningite des enfants a été découverte. Ce que nous connaissons sous le nom de méningite tuberculeuse, d'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère, a passé pour une inflammation pure et simple des membranes, pour une hydrocéphale aiguë, etc., jusqu'à ce que MM. Gerhard de Philadelphie et Rufz, apportant dans leurs recherches sur les maladies des enfants une rigueur et une exactitude inconnues jusqu'à eux, virent leurs efforts couronnés de succès par cette découverte importante. Après eux, il restait encore à faire, sans doute; mais le signal des recherches était donné, et le complément de leur travail ne pouvait se faire attendre. Nous ne citerons pas ici les mémoires estimables, qui après ceux de MM. Rufz et Gerhard, ont eu pour objet la méningite tuberculeuse; nous signalerons seulement comme la modification la plus importante qui ait été faite aux résultats publiés par eux, la détermination plus précise du siége des granulations tuberculeuses, production morbide qui constitue le caractère anatomo-pathologique de l'affection. M. Gerhard et Rufz avaient d'abord cru que ces granulations se trouvaient dans l'arachnoïde elle-même; mais une dissection plus attentive a prouvé, jusqu'à l'évidence, que le siége de la lésion se trouvait dans l'épaisseur même de la pie-mère et principalement autour des vaisseaux de cette membrane. Les deux auteurs que nous citons avaient eu l'occasion d'observer cette maladie chez les adultes, mais dans un très petit nombre de cas. M. Lediberder, en ayant réuni un nombre plus considérable, présenta dans sa thèse la description de la méningite ou de l'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère chez l'adulte, en sorte que déjà l'histoire de cette affection pouvait être regardée comme presque complète.

Cependant M. Becquerel, ayant recueilli un grand nombre d'observations de méningite, a encore trouvé dans leur analyse un certain nombre de particularités intéressantes qu'il fait aujourd'hui connaître au public dans la brochure que nous annonçons. La méthode suivie par M. Becquerel est la méthode analytique et numérique pure, celle que nous ne cesserons de recommander parce qu'elle seule peut tirer des faits toute la substance qu'ils renferment.

Le travail de M. Becquerel étant, comme nous l'avons dit, une analyse de faits nombreux, on pense bien qu'il nous est impossible d'entrer ici dans tous les détails, et de suivre l'auteur pas à pas. Nous

nous contenterons de signaler les points principaux, et d'indiquer rapidement les idées générales qui dominent ce travail.

M. Becquerel a eu principalement pour but de rechercher les rapports qui peuvent exister entre les symptômes de la méningite tuberculeuse et les altérations qu'on trouve après la mort, recherches qui méritent d'être vivement encouragées. Cette première pensée l'a conduit à diviser ses observations en trois classes principales: 1° celles dans lesquelles les symptômes de la méningite ayant existé, les membranes cérébrales ont été trouvées saines après la mort; 2° celles dans lesquelles les lésions étaient peu considérables et peu en rapport avec la gravité des symptômes; 3° celles dans lesquels symptômes et lésions offraient une égale gravité. Cette division déjà établie par M. Piet dans sa thèse inaugurale est très bonne, et l'on sent tout d'abord qu'elle doit être suivie de résultats intéressants.

La première cathégoric de faits est bien peu nombreuse, puisque M. Becquerel n'en cite que quatre; deux sont empruntés à M. Piet, un troisième à M. Charpentier, et un quatrième a été communiqué à l'auteur par M. Barthez. On peut d'abord mettre de côté l'observation de M. Charpentier, puisque cet auteur ne connaissait pas les lésions particulières qui constituent aujourd'hui la méningite granuleuse. Restent donc celles qu'ont recueillies MM. Piet et Barthez. En les lisant attentivement, nous n'avons pas, il faut l'avouer, partagé entièrement l'opinion de l'auteur sur la nature de la maladie dont elles présentent l'histoire. Dans les deux observations de M. Piet il s'agit, 1° d'un enfant de sept ans, qui, *dans le cours d'une variole* est pris d'un grand nombre de symptômes qui peuvent se rapporter à la méningite, tels que céphalalgie, somnolence, convulsions, trismus, coma. Mais il faut noter que ces symptômes, et même le délire, peuvent survenir sans méningite réelle dans le cours d'une fièvre éruptive, surtout si, comme dans ce cas, la marche de l'éruption est irrégulière. Qu'on remarque d'ailleurs qu'il y avait un mouvement fébrile persistant, et des symptômes abdominaux notables, ce qui s'accorde peu avec l'existence de la méningite. Il faut bien plutôt voir, dans ce cas, un exemple de ces symptômes cérébraux formidables, qui ne sont pas liés à une lésion caractérisée de l'encéphale, et qui surviennent plus ou moins souvent dans le cours des diverses affections fébriles. Les mêmes réflexions s'appliquent à la seconde observation; seulement au lieu d'une variole, le sujet avait une scarlatine, et c'est le quatrième jour de l'éruption que les accidents cérébraux se manifestèrent.

Ces deux faits sont donc peu concluants. Celui qu'a recueilli

M. Barthez peut-il être considéré comme tel ? Pas davantage, car nous trouvons dans ce cas, encore une rougeole, comme le prouve l'observation que nous avons sous les yeux. On nota, en effet, dans le cours de la maladie, un coryza, du larmoiement, de la toux et une éruption, qui après s'être dissipée laissa dans les lieux occupés par elle une desquamation évidente. Nous reconnaissons que, dans ce cas, les symptômes de méningite étaient encore plus frappants que dans ceux qui ont été cités par M. Piet; on nota chez cet enfant d'abord une vive agitation, des cris hydrencéphaliques, du trismus, de la somnolence, puis le coma, la résolution des membres, l'insensibilité du bras droit, etc.

Pour expliquer tous ces phénomènes, il n'y avait dans la cavité crânienne qu'un peu de sérosité trouble sous l'arachnoïde cérébrale. Ce fait ne prouve pas à notre avis qu'il a existé une méningite semblable à celles que M. Becquerel décrit ailleurs, sauf l'absence de toute lésion; il prouve seulement que dans les maladies fébriles telles que la rougeole, des symptômes semblables à ceux de la méningite peuvent exister. Or, des cas de cette nature se rencontrent dans les maladies fébriles des adultes, et cependant on ne se croit pas autorisé à dire qu'il y a eu méningite ou encéphalite sans lésion, et que les lésions anatomiques de ces maladies sont loin d'avoir l'importance qu'on leur a accordée.

Viennent ensuite les faits dans lesquels, la maladie ayant conservé toute son intensité et toute sa gravité, puisque les sujets y ont succombé, on a trouvé des lésions très légères et qui ne paraissent nullement en rapport avec les symptômes. Ce fait est loin d'être particulier à la méningite granuleuse ou tuberculeuse. On le retrouve dans presque toutes les autres maladies. Il n'est pas jusqu'aux phlegmasies qui passent pour les plus franches, dont les lésions anatomiques ne soient quelquefois dans une extrême disproportion avec l'intensité des symptômes; or, on n'en regarde pas moins l'inflammation du poumon comme l'altération caractéristique. On a peine à concevoir sans doute comment la présence de deux ou trois granulations dans la pie-mère est l'expression anatomique de symptômes assez graves pour causer la mort; mais le fait n'en est pas moins certain, puisque cette production morbide est la seule constante, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

M. Becquerel pense que les symptômes sont dus plutôt à une espèce de travail qui a pour résultat la production des granulations, que les granulations elles-mêmes. Cette explication est ingénieuse et peut être bonne, mais c'est un point sur lequel la démonstration

n'est pas possible. C'est déjà beaucoup pour le pathologiste que d'avoir, pour caractériser une maladie, d'une part, des symptômes bien déterminés, et de l'autre, une altération anatomique qui accompagne toujours ces symptômes.

Un troisième fait qui a trop préoccupé, ce nous semble, M. Becquerel, c'est la présence des granulations sans symptômes. C'est là l'histoire des cas latents dans les diverses maladies, cas latents bien plus fréquents dans les productions anormales développées dans l'encéphale et ses dépendances, que dans aucune autre affection.

On ne peut donner que des éloges à la manière dont M. Becquerel a analysé les faits nombreux qu'il avait à sa disposition. Aucun détail n'a été négligé par lui, et son attention s'est constamment fixée sur l'état de tous les organes et de toutes les fonctions. Aucun des auteurs qui l'ont précédé n'avait poussé aussi loin l'exactitude et la rigueur. Ce n'est donc pas sans un vif intérêt et sans utilité qu'on lira son mémoire. On peut adopter sur quelques points une interprétation différente des faits, mais la description de ces faits n'en a pas moins une valeur incontestable.

Outre les granulations, M. Becquerel a rencontré dans la pie-mère des lésions phlegmasiques diverses, des infiltrations purulentes, des adhérences de cette membrane à la substance cérébrale, son épaississement etc. Cinq fois il a trouvé dans le cerveau de véritables tubercules. Il a vu fréquemment le ramollissement cérébral. La moelle épinière était toujours intacte. Un fait digne de remarque, c'est que les sujets affectés de méningite granuleuse ont *tous* présenté des tubercules dans les poumons. Nous disons *tous*, car le seul qui, suivant l'auteur, fait exception à cette règle, est celui qui a été recueilli par M. Barthez, et que, d'après les considérations précédentes, on ne peut ranger parmi les méningites de ce genre.

Parmi les causes prédisposantes, il en est une évidente, et peut-être unique, c'est la phthisie pulmonaire; quant à la rougeole, M. Becquerel pense qu'elle peut agir en ce sens qu'elle favorise la production des tubercules dans les poumons, ou la phthisie. Tout se subordonne à cette première cause. Ainsi la méningite est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, dans la proportion de 20 à 10; elle se montre plus souvent au printemps, etc. Tout le chapitre des causes est fait avec un grand soin et de la manière la plus satisfaisante, et l'on doit s'en prendre aux faits eux-mêmes et non à l'auteur qui les a parfaitement analysés, s'il n'a rien dit de positif sur les causes occasionnelles.

M. Becquerel admet les trois périodes signalées par les auteurs,

dans le cours de la méningite. Il fait remarquer cependant que la seconde, qui est caractérisée principalement par le délire, l'agitation, les cris, les convulsions, peut manquer quelquefois. Il a noté comme ses prédécesseurs ces intermittences qui donnent aux personnes inexpérimentées un espoir bientôt trompé.

La durée de la maladie est, terme moyen, de treize jours et demi. La marche peut présenter, dans un certain nombre de cas, un aspect insolite, par l'absence, soit de la seconde période, comme nous l'avons déjà dit, soit même de la première, comme M. Becquerel l'a observé chez un malade.

Le diagnostic est traité avec grand soin; il résulte des recherches de M. Becquerel, qu'on ne peut guère confondre la méningite granuleuse qu'avec le début des maladies aiguës; mais la connaissance de l'état antérieur et surtout les symptômes de phthisie pulmonaire, l'état normal de l'abdomen, la lenteur du pouls, la somnolence, la céphalalgie opiniâtre, qui caractérisent la méningite, serviront à faire éviter la méprise.

Nous ne dirons rien du traitement, il a toujours été malheureux quelque énergique qu'il fût. C'est donc, comme le dit l'auteur, à l'hygiène à prévenir un mal contre lequel la thérapeutique a été jusqu'à ce jour tout à fait impuissante. V.... X.

De la rétention d'urine et d'une nouvelle méthode pour introduire les bougies et les sondes dans la vessie: comment on peut prévenir les rétrécissements de l'urèthre; par le docteur J. Béniqué, ancien élève de l'Ecole polytechnique. 1 vol. in-8°. Paris, 1838, chez Méquignon Marvis père et fils.

Cet ouvrage avait en quelque sorte été annoncé par plusieurs mémoires intéressants, lus par l'auteur à l'Académie des sciences. Après avoir étudié le cathétérisme pratiqué soit au moyen des bougies, soit au moyen des instruments rigides, M. Béniqué insiste sur l'importance de déterminer avec précision les limites de la maladie; et il propose, pour déterminer ce point de diagnostic, un moyen nouveau fort ingénieux. Puis arrivant au traitement des rétrécissements, il les divise en rétrécissements spasmodiques et inflammatoires qui ne réclament aucun traitement chirurgical, et en rétrécissements organisés, pour lesquels il préfère la cautérisation, mais avec une modification de porte-caustique, qui donne à l'opération une précision et une certitude remarquables. Nous engageons nos lecteurs à lire dans l'ouvrage lui-même les considérations de l'auteur sur les indications diverses que peut présenter le mode de dilatation, et sur l'extraction des corps étrangers introduits dans l'urèthre.

Nous croyons devoir nous borner aujourd'hui à ce peu de mots

sur le livre de M. Béniqué, notre intention étant de traiter dans un article à part la matière qui en fait le sujet.

Leçons sur la philosophie chimique; par M. Dumas, recueillies par M. Bineau. in-8°, Paris, 1837, chez Béchet jeune.

« La philosophie chimique, dit M. Dumas, a pour objet de re-
» monter aux principes généraux de la science, de montrer non
» seulement en quoi ils consistent aujourd'hui, mais encore quelles
» sont les diverses phases par lesquelles ils ont passé ; de donner l'ex-
» plication la plus générale des phénomènes chimiques, d'établir la
» liaison qui existe entre les faits observés et la cause même de ces
» faits. »

Cette définition, la plus complète et la plus satisfaisante qui ait été donnée de cette partie de la science, résume en quelques mots le plan adopté et la marche suivie par l'auteur de l'ouvrage dont nous allons essayer de présenter ici l'analyse.

Les peuples anciens, et les Egyptiens en particulier, étaient très avancés dans les arts chimiques; ils possédaient en métallurgie des connaissances remarquables, et cependant on peut révoquer en doute qu'ils aient été guidés par aucune lumière scientifique : il en est de même des Hébreux, des Grecs et des Romains eux-mêmes, qui, tous héritiers des procédés industriels des Egyptiens, l'étaient également de leur ignorance dans tout ce qui se rattachait à la théorie des effets qu'ils savaient produire. Il faut, pour trouver les premiers vestiges de la chimie considérée comme science arriver au huitième siècle, à l'époque où vivait Geber, le fondateur de l'école des chimistes arabes, l'auteur du *summa perfectionis*, le plus ancien ouvrage de chimie qui nous soit parvenu. A cette école appartiennent les Rhazès, les Avicenne, les Averroës, célèbres dans l'histoire de la médecine et de la pharmacologie : les connaissances chimiques de cette nation ne pénétrèrent toutefois en Europe qu'à la suite des croisades, vers le treizième siècle ; le premier écrivain que la science compta parmi nous, fut un religieux anglais, Roger Bacon qui, le premier, fit connaître la puissance de la poudre à canon; moine comme lui, Albert-le-grand, son contemporain, dont la renommée de sorcellerie s'est transmise jusqu'à nous, était son rival par sa science variée et profonde, et son traité *De rebus metallicis* est surtout remarquable par l'exposition et la discussion raisonnée des opinions des anciens et de celles des Arabes. Arnauld de Villeneuve, auquel on doit sinon la découverte de l'esprit de vin, du moins celle de ses principales propriétés, les suivit de près; mais par dessus tous, comme type accompli des chimistes de cette époque, on voit briller Raymond Lulle, contemporain et disciple d'Arnauld, l'inventeur de l'athanor et de la médecine universelle, *le docteur illuminé*. En quelques lignes, la vie et les idées de cet homme extraordinaire sont esquissées avec cette supériorité de touche dont nous trouverons plus d'un exemple dans l'ouvrage de M. Dumas.

De l'apparition du *Currus triumphalis antimonii*, publié en 1414 par Basile Valentin, date l'emploi, comme médica-

ment, de cet important métal; mais c'est surtout vers le seizième siècle que l'application de la chimie à la médecine prit un développement immense, par les efforts de Paracelse, qui assura la perpétuité de la science qu'il cultivait, en lui ouvrant, le premier, un enseignement public; ce fougueux ennemi des Arabes et des scolastiques, cet enthousiaste auteur de la panacée universelle, laquelle ne l'empêcha pas de mourir, épuisé de débauches, à l'âge de 48 ans, n'en a pas moins rendu de grands services à la médecine par la direction nouvelle qu'il imprima à la matière médicale : c'est aussi à la même époque que s'établit la ligne de démarcation bien tranchée entre les chimistes proprement dits et les absurdes philosophalistes.

Bientôt la science s'enrichit des découvertes de Cassius, de Libavius, de Glàuber et de quelques autres pénétrés comme eux de la nécessité de s'éclairer avant tout par les lumières de l'expérience : mais c'est à la création presque simultanée de l'académie de Cimento, de la société royale de Londres et de l'Académie des sciences de Paris, qu'on doit attribuer l'essor que les sciences ont pris depuis le milieu du dix-septième siècle. Parmi les membres de cette dernière, nous comptons Lefèvre et Lemery, tous deux célèbres à différents titres; celui-ci, par l'observation attentive et judicieuse des faits, l'autre, par son imagination brillante : ajoutons même que parmi les ouvrages publiés par le dernier, il en est que l'on consulte encore aujourd'hui avec fruit, et qui décèlent dans leur auteur un observateur d'une habileté consommée.

Enfin Stahl parut, inventeur de la théorie du phlogistique, génie rare, esprit pénétrant et riche de toutes sortes de connaissances, auquel il n'a manqué, comme le dit M. Dumas, que d'avoir égard aux indications de la balance, pour rectifier ses idées et créer la doctrine que nous a enseignées Lavoisier : mais si cette gloire lui a fait défaut, il lui reste celle d'avoir, en brisant le joug des éléments d'Aristote, et établissant l'existence en chimie de corps indécomposables, terminé la lutte entre la physique scolastique et la chimie expérimentale, dissipé le vague et l'incertitude, et ramené jusqu'aux faits les théories qui s'égaraient dans les nuages.

Trente ans après la mort de Stahl, parurent sur la scène trois hommes qui devaient changer la face de la science : « l'un, homme » du monde, riche, entouré de l'élite des savants et marchant à » leur tête, s'élève au dessus de toutes les gloires contemporaines; » l'autre, ecclésiastique, théologien fougueux, homme politique » par position, sans fortune, mais soutenu par quelques amis des » sciences, jette un éclat si vif que nous en sommes encore éblouis. » Le dernier, élève en pharmacie, pauvre et modeste, ignoré de » tous et se connaissant à peine, inférieur au premier, mais bien su- » périeur au second, maitrisant la nature de son côté à force de pa- » tience et de génie, lui arrache ses secrets et s'assure une éternelle » renommée. » On devine déjà que nous voulons parler de Lavoisier Priestley, et Schéele : les chapitres consacrés aux travaux de ces illustres chimistes ne peuvent être reproduits par l'analyse; qu'il nous suffise de dire qu'aucune lecture ne nous a paru plus attachante : à l'éloquente simplicité de la narration vient se joindre la finesse des aperçus, la haute raison des critiques; tel est l'art avec lequel les

faits sont groupés et enchaînés, que, lorsque l'auteur porte son jugement sur ces trois grandes lumières de la chimie, il semble reproduire la pensée intime du lecteur, et celui-ci ne concevrait pas qu'on pût arriver à d'autres conclusions que celles qui lui sont offertes. Les pages consacrées à Lavoisier sont, entre toutes les autres, pleines d'un intérêt inexprimable : et l'émotion dont on se sent pénétré en les lisant en est, sans contredit, le plus bel éloge.

Wenzel, contemporain de Lavoisier, partant comme lui de ce principe fécond que, dans les réactions, rien ne se perd ni ne se crée, que les éléments se retrouvent en totalité, mais seulement associés d'une autre manière; Wenzel mettant, comme Lavoisier, la balance en honneur parmi les chimistes, reconnut les premières lois de la statique chimique et ouvrit une voie dans laquelle s'illustrèrent Richter, Proust, Berthollet et surtout Dalton, le célèbre auteur du premier système complet d'équivalents ou proportions chimiques et de la théorie atomique.

Après un aperçu rapide de la manière dont les anciens envisageaient les atomes, M. Dumas arrive à l'exposé des idées de Dalton, et dans la discussion à laquelle il se livre il fait intervenir avec toute leur autorité les noms de Gay-Lussac, Wollaston, Petit et Dulong, Mitscherlich, etc. Il juge avec une haute puissance de logique la théorie daltonienne; et termine par cette profession de foi : « Si j'en étais le maître, j'effacerais le mot *atome* de la science, per- » suadé qu'il va plus loin que l'expérience. » C'est qu'en effet, l'expérience à la main, on peut trouver les équivalents de Wenzel, les corps *isomorphes* de Mitscherlich; mais on cherche en vain les atomes tels que l'imagination a pu se les représenter, dans la confiance imprudente qu'elle a accordée à ce mot.

A la suite d'une leçon consacrée au *polymorphisme* et à l'*isomérie*, M. Dumas étudie les principes de la nomenclature chimique : il montre que, bien qu'il en faille attribuer la première pensée à Guyton-Morveau, c'est encore à Lavoisier qu'on doit en rapporter la merveilleuse simplicité : elle est d'ailleurs l'expression fidèle de la théorie de ce dernier, et ne rappelle en rien le plan proposé primitivement par le médecin Dijonnais. — Pour ce qui est des autres systèmes, et en particulier de celui de Davy qui, dans toute sa carrière scientifique, ne laissa échapper aucune occasion de combattre les idées de Lavoisier, M. Dumas les repousse par des objections de la plus grande valeur : puis, à l'occasion de la nomenclature symbolique créée par Berzélius, il fait ressortir les avantages et les exigences des deux nomenclatures parlée et écrite, qui doivent conserver leur individualité, et ne pas se modeler l'une sur l'autre.

La dixième leçon est employée à l'étude de l'affinité. M. Dumas jette d'abord un coup d'œil rapide sur les opinions de Boërhaave et de Newton relatives à cette force; il examine les tables d'affinité de Geoffroy et de Bergmann, et arrive enfin à Berthollet qui consigna ses idées dans sa *Statique chimique*, l'un des ouvrages qui honorent le plus la chimie française. Enfin, dans sa dernière leçon, l'auteur expose la théorie électro-chimique de Davy, celle de Berzélius, les idées d'Ampère et les recherches de Faraday sur le même sujet.

L'analyse qui précède donnera sans doute un aperçu de l'ordre

suivi par M. Dumas, de la multitude des questions qu'il a traitées, mais la lecture de son ouvrage peut seule faire comprendre avec quel art le savant professeur a disposé les matériaux qu'il avait en main ; une narration simple et attachante, un style clair, élégant, précis sans sécheresse, abondant sans être diffus, une logique vive et pressante, une grande élévation de pensées et une profondeur de vues remarquable, sont les qualités qui recommandent le livre de M. Dumas ; et l'on doit savoir gré à M. Bineau d'avoir conservé aux amis de la science ces brillantes leçons, dont l'auditoire du collége de France avait gardé un précieux souvenir.

GUERARD.

Prix de médecine politique.

La Société de médecine légiste du grand-duché de Bade a voté dans sa dernière assemblée générale, qui eut lieu à Fribourg, en Brisgau, le 16 septembre 1838, un prix qui sera décerné de la manière suivante :

1. Le sujet du mémoire qui veut aspirer au prix est au libre choix des concurrents. Il peut être emprunté à toutes les branches des sciences médico-légales et de l'hygiène publique.

2. Les mémoires doivent être écrits en langue allemande, latine ou française.

3. Ils doivent être munis d'une épigraphe et accompagnés d'un billet cacheté contenant cette même épigraphe, le nom, les titres et la résidence de l'auteur, le tout écrit lisiblement.

4. Ils doivent être envoyés jusqu'au 1er février 1840 au plus tard, au premier secrétaire de la société au docteur Schuermayer à Emmedingen (Grand-duché de Bade).

5. L'auteur du mémoire qui sera couronné, recevra pour prix 25 ducats en or. Le mémoire couronné ne pourra être inséré que dans les annales de médecine politique, rédigées par les docteurs Schneider, Schuermayer et Hergt, dont chaque feuille d'impression est gratifiée de 11 florins 24 fr.).

L'auteur recevra en outre 20 exemplaires du mémoire tirés à part.

6. La distribution de prix aura lieu en assemblée générale au mois d'août de l'année 1840.

Prix proposés par la Société royale de médecine de Bordeaux.

La Société royale de médecine de Bordeaux propose pour sujet de trois prix de la valeur de 300 francs, qu'elle décernera en 1839, les questions suivantes :

I. — « Quelle est la meilleure méthode de reconnaître dans l'air » atmosphérique les principes étrangers à sa composition intime, » ceux principalement qui proviennent des corps organisés ? Faire » l'application de cette méthode, en particulier, à l'analyse de l'air » des marais, des prisons, des hôpitaux et des salles de spectacle. »

II. — « Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins décrite » dans ces derniers temps sous le nom de *maladie de Bright ;* dé-

» terminer, d'après des faits cliniques et d'anatomie pathologique, » les caractères essentiels et le traitement de cette maladie. »

III.—« Déterminer quels sont les progrès positifs que l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, a fait faire au diagnostic et au » traitement des maladies, et en particulier des affections des pou- » mons, du cœur et des gros vaisseaux. »

IV. Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point intéressant de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans, et à récompenser leurs efforts.

V. Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burget, secrétaire-général de la Société, avant le 15 juin, de l'année où chaque prix doit être décerné.

Prix poposés par la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.

La Société médicale du département d'Indre-et-Loire, séant à Tours, décernera dans sa séance publique du mois de mai 1840, une médaille d'or, de la valeur de 200 fr., au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer, par des observations cliniques et des recherches » nécroscopiques, ce que l'on a désigné jusqu'ici sous le nom de » *gastrite*. »

Les mémoires devront parvenir, franc de port, à M. le docteur Hulin-Origet, secrétaire-général de la Société médicale, au plus tard le 31 décembre 1839, terme de rigueur.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours pour l'admission aux emplois de chirurgiens-élèves en 1839.

Un concours s'ouvrira le 2 avril prochain pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille et à l'hôpital militaire de perfectionnement à Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au *Journal militaire*.

Le registre d'inscription sera clos le 26 mars.

Imprimerie et Fonderie de F. Locquin et Comp. rue Notre-D.-des-Victoires, 16.

MEMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1839.

MÉMOIRE SUR UNE ALTÉRATION SPÉCIALE DE LA VESSIE DANS CERTAINS CAS D'AFFECTION CALCULEUSE ;

Par **M. E. BOUCHACOURT, D. M. P.**

Rien de plus simple en apparence que le diagnostic des calculs vésicaux, depuis surtout que les moyens explorateurs ont été si avantageusement perfectionnés et si habilement employés ; cependant il arrive tous les jours qu'on se trompe, qu'on trouve des pierres là où il n'en existe pas, et qu'on en nie la présence dans des vessies qui en renferment. La plupart des chirurgiens ont commis ces erreurs faciles, que la présomption ou le charlatanisme n'avouent jamais. Il faut bien dire pourtant que la nature et surtout la position des calculs, par rapport à la vessie, se trouvant plus exactement connues, les erreurs doivent être moins fréquentes. Quand on a lieu de soupçonner des pierres *enchatonnées*, *encaissées*, lorsque d'ailleurs tous les symptômes de l'affection calculeuse existent, on cherche plus longtemps, avec plus de soin, et l'on se hâte moins de prononcer en dernier ressort.

Les observations que nous avons rassemblées dans ce travail se rapportent plus spécialement à l'histoire des calculs encaissés

sur lesquels M. Amussat un des premiers a fixé l'attention.

La connaissance de ces faits nous paraît d'une certaine importance, car l'altération anatomique, que nous allons décrire, a souvent donné lieu à des difficultés ou à des erreurs de diagnostic; elle modifie singulièrement, comme on le verra, le pronostic; enfin, son influence sur les résultats du traitement, sur le choix des méthodes ou des procédés opératoires (si tant est qu'elle ne les contr'indique pas toujours), est si souvent fâcheuse, qu'il importe pour tous ces motifs de l'avoir appréciée exactement.

Les faits d'abord, puis quelques réflexions, mais surtout des conséquences pratiques : tel sera l'ordre tout naturel que nous suivrons.

Obs. I. M...., avocat dans une petite ville de province, éprouva il y a quelques années, les symptômes d'une maladie des voies urinaires, pour laquelle il consulta plusieurs médecins qui n'en apprécièrent pas la nature. Il n'avait que de très légères hématuries, encore ne vinrent-elles que vers ces derniers temps. On se décida fort tard à pratiquer le cathétérisme, sans reconnaître mieux la présence d'une pierre dans la vessie. Sur ces entrefaites, un médecin de Paris vint à passer dans la ville habitée par M..... Consulté par lui, il le sonda de nouveau, reconnut et annonça qu'il existait un calcul vésical. Dès-lors, le malade se décida à venir à Paris consulter un chirurgien, et s'y soumettre aux opérations qui lui seraient indiquées; il fut examiné par M. Amussat en septembre 1838.

Ce malade, âgé de 45 ans, d'une assez bonne constitution, mais épuisé par de longues souffrances, d'un tempérament nerveux très impressionable, fut jugé porteur d'une pierre volumineuse, avec complication d'hypertrophie et d'inflammation chronique de la vessie; on diagnostiqua en même temps l'existence d'une poche au bas-fond vésical, poche dans laquelle la pierre se trouvait *encaissée*. L'amaigrissement et le découragement sont portés à un haut degré. Le malade, homme à imagination vive et à sensibilité développée, se fait avec grande peine à l'idée d'avoir un calcul, et surtout de subir pour sa guérison une opération dont il s'exagère incessamment la gravité. M. Amussat ne mit en usage aucune opération préliminaire et n'exécuta aucune manœuvre dans le but de saisir le calcul et de voir jusqu'à quel point il était susceptible de broiement, mais

à l'aide du simple cathétérisme explorateur, favorisé par quelques injections émollientes et sédatives, destinées à diminuer l'excitabilité de la vessie, on sentit parfaitement la pierre, en glissant sur elle sans pouvoir ni la soulever ni la déplacer. On rejeta bien loin toute idée de pratiquer une opération chirurgicale quelconque; le malade ne tarda pas à succomber. Il présenta sur la fin tous les symptômes de la résorption purulente; teinte jaune particulière de la peau, points de suppuration nombreux, pustules cutanées en diverses régions, sueurs, adynamie, etc.

A l'autopsie on constata les désordres suivans : la vessie, réduite à la moitié de sa capacité normale, renferme une petite quantité d'urine trouble et purulente. Toute la portion située au-dessus du col est saine, à part une hypertrophie notable de ses parois, évidente surtout dans leur élément musculaire; de nombreuses colonnes charnues, saillantes à l'intérieur, laissent dans leurs intervalles de petites cavités ou loges dont quelques unes renferment de petits grains sablonneux enkystés. L'étage inférieur, car c'est ainsi qu'on pourrait appeler l'autre portion située au-dessus du col, est séparé du reste par un rétrécissement marqué à l'extérieur, et correspondant en dedans à des saillies muqueuses et pseudo-membraneuses circulairement disposées; cette portion inférieure de la vessie est en grande partie remplie par le gros calcul dont la présence et le volume avaient pu être appréciés pendant la vie. Sa forme est ovoïde, son plus grand diamètre transversalement situé, le moyen d'avant en arrière et le plus petit verticalement. Sa surface, lisse sur les côtés, est rugueuse, corrodée, vers la partie inférieure qui correspondait au bas-fond. Cette pierre, examinée avec soin, est d'un rouge grisâtre, poreuse; son poids total est d'une once six gros sept grains; mesurée avec le lithotriteur gradué, elle a donné vingt-quatre lignes dans son plus grand diamètre, vingt et une dans le moyen, et quinze lignes dans le petit. A un rapide examen le calcul paraît dur, mais on le scie avec une grande facilité, suivant son grand diamètre, et de légères pressions exercées à la circonférence de l'une et de l'autre moitié, en détachent aisément quelques parcelles; il est sans noyau central dur ou plus brun. L'analyse n'en a pas été faite, mais on est disposé à le regarder comme composé d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien.

La vessie dans les points qui correspondent au corps étranger est ramollie, grisâtre, fongueuse. En l'examinant avec soin on ne trouve plus au bas-fond qu'une couche fibro-celluleuse, traversée sur ses bords par un petit nombre de fibres musculaires dont les

débris et ceux de la muqueuse forment des franges inégales, saillantes; les fibres charnues non détruites sont refoulées en haut, et donnent par leur rétraction, naissance au rétrécissement déjà signalé. Il est remarquable que les orifices des uretères, parfaitement sains, sont déplacés et portés en haut de manière à s'ouvrir à un point plus élevé que dans l'état normal, au-dessus du calcul et de la portion rétrécie. Les parois vésicales qu'ils traversent sont exactement saines, leur trajet est oblique comme de coutume. L'uretère droit paraît cependant un peu plus dilaté que le gauche, et le rein correspondant, d'un rouge plus foncé, se déchire plus facilement que l'autre; la muqueuse des bassinets et des calices, rouge et épaissie, présente en plusieurs points quelques petits graviers; l'urine qu'on fait suinter par la pression est trouble est sablonneuse. La prostate est remarquablement atrophiée surtout dans la portion inférieure au col de la vessie; elle n'a guère que la moitié de son volume normal, elle est plus mince, plus dure et plus fibreuse. C'est vers sa portion inférieure que la pression du calcul a dû surtout s'exercer, c'est là aussi que l'atrophie est plus marquée. Tous les autres organes sont sains.

Réflexions. — Ce fait nous semble offrir de l'intérêt à plus d'un titre. Le calcul répondait par sa position à la catégorie de ceux auxquels M. Amussat a donné le nom d'*encaissés*. Le basfond de la vessie qui lui formait une poche presque complète en se moulant exactement sur lui, avait contribué à lui donner cette forme; le contact si immédiat de la muqueuse sur le calcul expliquait tout naturellement l'absence d'hématurie. La position de la pierre au dessous d'un plan qui passerait par le col vésical explique très bien aussi l'absence de rétention d'urine, et rend compte également des erreurs de diagnostic qui ont été commises; l'état sain des orifices uréterins se trouvait en rapport avec le passage facile des urines, des reins à la vessie; aussi le calibre des urétères n'était-il pas augmenté, ce qui n'aurait pas manqué d'avoir lieu si leur orifice inférieur eût été comprimé ou oblitéré.

Il n'est pas rare dans ces cas de les voir acquérir un volume énorme. Je me rappelle, entre autres, l'observation d'une femme morte de cancer de l'utérus, chez laquelle le tissu cancéreux,

comprimant les orifices inférieurs des uretères, effaçait leur calibre et arrêtait les urines : ces conduits avaient acquis le volume d'un intestin grêle, en même temps qu'augmentés de longueur ils décrivaient de nombreuses sinuosités. Mais pour revenir à notre malade, en raison de la position profonde du calcul, le bec d'une sonde fortement recourbée, une fois arrivé dans la vessie, se portait en haut et en arrière, tandis que la convexité, déplaçant et repoussant au devant d'elle les portions membraneuses qui s'avançaient sur la pierre, ne pouvait en aucune façon toucher cette dernière à nu. Il aurait fallu pour y parvenir une sonde presque droite, ou bien retourner la sonde trop courbe, mettre le bec en bas, sa convexité en haut : cela seul permit plus tard d'acquérir de justes idées sur la présence de la pierre, sur son volume et sa position. Les excavations si marquées de la face inférieure du calcul seraient-elles dues à l'action des fluides sécrétés par la vessie chroniquement enflammée? M. Amussat serait tenté de le croire. Leur alcalinité se prononçant à mesure qu'ils sont altérés davantage, ils peuvent d'autant mieux dissoudre les portions de calcul en contact avec eux. On peut donc, jusqu'à un certain point, expliquer dès lors comment s'établissent ce qu'on a appelé les adhérences des calculs : la membrane muqueuse, ou le tissu cellulaire qui la double se recouvrant de fongosités dans les points où son inflammation est la plus vive et la plus persistante, si là se trouvent correspondre des enfoncements plus ou moins réguliers à la surface de la pierre, celle-ci s'en pénètre, s'en incruste pour ainsi dire : de là cette difficulté extrême qu'on a parfois dans la taille de détacher les calculs, de là cette pénible nécessité d'exercer de fortes tractions, de déchirer les parois vésicales, de déterminer souvent des hémorrhagies et toujours de vives douleurs.

Les petits espaces intercolumnaires situés dans la partie supérieure de la vessie nous offrent les rudiments de ces chatons ou de ces kystes, qui, plus tard, entourent des calculs. Dans les points où la résistance est la plus faible, la muqueuse se dé-

prime en cul de sac, et si quelque gravier y tombe ou s'y trouve porté, il peut devenir le noyau d'une pierre dont la position insolite ne saurait autrement s'expliquer. Il n'est pas rare d'en trouver à la partie supérieure de la vessie ; M. Leroy d'Etioles nous a dit en avoir observé plusieurs enkystées au dessus du col ; il en a communiqué les détails à l'Académie des sciences (septembre 1838).

Au moment même où nous écrivons ces lignes, il se trouve à la maison de santé des Néothermes un malade porteur d'une pierre de cette espèce. M. Leroy a diagnostiqué chez lui un calcul enkysté à la partie supérieure du col de la vessie. Il fallut pour le saisir et le broyer abaisser fortement le manche de l'instrument afin d'en relever le bec ; une fois le kyste déchiré, la pierre cessa d'occuper cette position, on la retrouva, lors de nouvelles tentatives de broiement, occupant le bas-fond de la vessie ; enfin, à l'heure qu'il est, le malade n'en a plus le moindre vestige, ainsi qu'on s'en est assuré à l'aide de plusieurs explorations successives soigneusement faites. Qu'il nous suffise d'ajouter que, dans ce cas, M. Leroy donne et met en pratique l'excellent conseil de ne pas écraser la pierre tant qu'elle est en place, mais de serrer juste assez pour la déplacer et de la broyer ensuite lorsqu'elle est devenue tout à fait libre.

Une fois le diagnostic établi chez le malade de notre première observation, et il ne restait pas, que je sache, le moindre doute sur l'existence de la pierre : que fallait-il faire ? On a pu se demander d'abord si on la broyerait ; ou bien si on ferait la cystotomie ; enfin, si l'on n'abandonnerait pas la maladie à elle-même, c'est à dire s'il ne valait pas mieux rejeter entièrement toute idée d'opération.

Relativement à la lithotritie, le sujet se trouvait dans de très fâcheuses conditions : 1° un gros calcul placé étroitement dans une arrière-poche de la vessie, première circonstance défavorable ; 2° l'état si grave de la vessie elle-même, la suppuration, les douleurs vers les reins, etc., la contractilité des portions moins malades de l'organe qui laissait si peu d'espace aux ma-

nœuvres nécessitées pour la préhension et le broiement d'un calcul. Le point important était, il est vrai, de le saisir ; mais sur le cadavre même on ne pouvait y parvenir qu'avec une extrême difficulté et en distendant les parois vésicales ; or, cette distension est une des circonstances les plus fâcheuses pour le succès de l'opération. En exécutant ces manœuvres dans la vessie largement ouverte, on s'est bien pénétré des difficultés à vaincre pour opérer fructueusement. Il fallait d'abord, par un mouvement en vrille, passer sous la pierre et la soulever avec le bec de la sonde ou du lithotriteur, puis écarter alors les branches de ce dernier, ce qui n'avait lieu qu'à la condition d'une distension toujours douloureuse et dangereuse des parois vésicales et de la bride circulaire dont nous avons parlé. Enfin cette pierre aurait exigé, par son volume, un grand nombre de séances, c'est à dire des distensions fréquentes, des irritations répétées de la vessie; il y aurait eu par cela même plus de chances de voir se développer des accidents nerveux ou inflammatoires : cependant l'état presque spongieux du calcul, sa friabilité plus prononcée qu'on ne le pensait d'abord, auraient rendu ces manœuvres moins longues et moins pénibles. Cela ne détruit en rien, au reste, les contr'indications locales, pas plus que celles fournies par l'altération profonde de la constitution épuisée par la longueur des souffrances, par une suppuration chronique, par le marasme, la fièvre hectique qui se prononçait, et surtout par cet état moral, cette disposition spéciale de l'innervation, contre laquelle il faut, dans toutes les opérations, se prémunir. Tous les chirurgiens savent, en effet, combien sont graves les accidents nerveux qui se développent chez ces malades à la suite de l'opération. Nous en avons rapporté ailleurs un exemple fort remarquable, le voici en abrégé :

Obs. II. Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, opéré de la taille par la méthode latéralisée, dans le mois de juillet 1836, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le malade, doué d'une grande sensibilité, redoutait vivement les dangers de l'opération; il s'y décide enfin et la subit avec fort peu de courage. Les manœuvres d'extraction furent lon-

gues et douloureuses ; la pierre, d'un volume considérable, se brisa (fort heureusement), ce qui permit de l'avoir par morceaux ; mais il fallut introduire et retirer plusieurs fois les tenettes, avant d'avoir complètement débarrassé la vessie. Un suintement artériel qui survint peu après, fit craindre une hémorrhagie ; on l'arrêta facilement par des applications d'oxycrat sur le périnée et les bourses. L'éréthisme nerveux dans lequel l'opération avait laissé le malade, se prolongea et n'alla qu'en croissant. Léger délire, vomissements bilieux, sueurs froides, pouls concentré..... Le malade avait succombé au bout de 36 heures à une véritable *sidération nerveuse* dont il faut chercher la cause dans sa constitution, sa prédisposition spéciale et la longueur nécessaire de ses souffrances. On crut trouver à l'autopsie une péritonite, une cystite... Aucune lésion anatomique ne put expliquer cette terminaison funeste. (*Gazette médicale*, juin 1837.)

On ne devait donc pas, pour toutes les raisons que nous venons de déduire, songer à la lithotritie ; mais la taille était-elle plus praticable ? Si le volume de la pierre indiquait la taille sus-pubienne, sa position déclive et resserrée, l'état de la vessie, réclamaient l'incision périnéale. Il est bien vrai qu'au dessus du pubis, toutes les pierres, quel que soit leur volume, peuvent finalement être extraites ; mais d'une part il est sûr aussi que les chances de succès diminuent à mesure qu'on est obligé d'agrandir l'incision des parois abdominales et vésicales et de décoller une plus grande étendue du péritoine : il est facile de comprendre que l'état fongueux et purulent de la vessie rendait l'incision sus-pubienne beaucoup moins avantageuse pour l'écoulement des fluides altérés. L'existence de ces fluides rendait plus imminente et plus grave la péritonite, si à redouter dans ces cas. On devait, en outre, introduire préalablement une sonde afin d'aller soulever le calcul, et le rendre plus facile à extraire. Il aurait fallu lui faire éprouver une sorte de culbute sans laquelle il eût été, pour ainsi dire, impossible d'aller le chercher si profondément et si exactement serré dans le bas fond.

On ne devait pas songer à la taille périnéale même par l'appareil bilatéralisé ; comment introduire des tenettes ? comment

à plus forte raison manœuvrer avec elles? Je ne parle pas des difficultés d'extraction qui eussent été peut-être insurmontables; et je n'ai rien dit encore du danger d'inciser et d'exercer des tractions de cette nature sur une vessie aussi malade, chez un sujet dont la santé générale contr'indiquait pour toutes les raisons déjà connues la taille aussi bien que la lithotritie.

Peut-être, du reste, aurait-on dû préférer la taille par le rectum à celle par le périnée; l'opération par cette méthode était à moitié faite : la pierre faisait vers l'intestin une volumineuse saillie; il n'y avait qu'à inciser l'intestin sur elle après avoir bien reconnu sa position. C'était presque le cas du frère Côme qui, ayant à traiter un malade affecté de fistule vésico-rectale entretenue par la présence d'un calcul qu'on pouvait sentir par l'intestin, agrandit l'ouverture fistuleuse, fit l'extraction du du corps étranger, et obtint une guérison complète. On aurait donné peut-être la préférence au second procédé de M. Sanson, celui qui fut d'abord mis en pratique par M. Barbantini, par le professeur Geri, de Turin, et par quelques autres chirurgiens italiens. On sait que ce procédé consiste principalement dans l'incision du bas fond de la vessie en arrière de la prostate. Mais ici comment se guider par la présence du cathéter qui doit être préalablement placé dans la vessie? La saillie du calcul aurait-elle suffi à diriger dans l'incision? Il est bien vrai de dire qu'on retrouvait là tous les avantages de la méthode de M. le professeur Sanson, avantages qu'il est inutile de rappeler; bien plus, il y avait en quelque sorte, une véritable nécessité physique d'agir par le rectum et de suivre ce procédé : le calcul avait fait la moitié du chemin, et se trouvait presque dans les conditions d'un corps étranger venu du dehors, sur lequel on n'avait qu'à inciser pour le découvrir et l'extraire..... Mais en cherchant des raisons favorables en théorie à l'opération et à telle ou telle méthode, n'allons pas trop loin, n'oublions pas le désordre des organes sur lesquels il fallait opérer. Avait-on lieu d'espérer que ce qui restait encore du bas fond de la vessie pouvait fournir aux frais d'une cicatrisation? Était-elle même possible cette

cicatrisation? N'avait-on pas tout à craindre en incisant des tissus aussi profondément altérés, en venant donner un coup de fouet à une phlegmasie qui avait déterminé déjà le ramollissement et l'ulcération? N'oublions pas enfin les phénomènes généraux qui s'étaient développés. C'est en vain qu'on eût enlevé le point de départ des accidents, extrait l'épine irritante; les désordres qu'elle avait produits étaient si profonds, si graves, que l'axiôme *sublatâ causâ, etc.* n'aurait pu trouver son application. Nos conclusions n'en restent donc pas moins celles-ci, à savoir : qu'il n'y avait lieu à opérer ni par la taille ni par la lithotritie.

En résumé donc, ce fait nous aura montré 1° l'exemple rare d'une pierre encaissée dans la vessie et la nature des altérations qu'avait éprouvées cet organe; 2° la nécessité d'explorer avec le plus grand soin pour ne pas commettre d'erreur, presque toujours funeste, par la fausse sécurité dans laquelle on laisse le malade; l'utilité de changer d'instrument pour mieux faire ces explorations. Si une sonde trop longue et trop recourbée ne rencontre rien, il faut en introduire une plus courte et plus droite, puis changer sa position, retourner sa convexité en haut de manière à ce que le bec plongeant vers le bas-fond de la vessie ne puisse éviter la pierre; 3° l'importance d'explorer de bonne heure dans les maladies de la vessie, comme dans celles de tout autre organe, afin de ne pas laisser à des lésions graves le temps de s'établir, de devenir sans remède, et pour avoir la ressource d'opérer s'il y a lieu, alors qu'on peut le faire non-seulement avec succès, mais encore sans danger; 4° enfin, cette observation devra servir à nous bien pénétrer de l'idée que, si un chirurgien doit souvent savoir attendre, il ne doit pas moins souvent s'abstenir; et il ne lui faut pour ne rien faire ni moins de conscience ni moins de courage.

Si nous consultons les auteurs qui se sont occupés des maladies des voies urinaires, de l'histoire des calculs vésicaux et des opérations qu'ils réclament, nous trouverons un bon nombre de cas d'ulcères à la vessie produits par la présence d'une pierre

inégale ou chargée d'aspérités, et l'expérience confirme pour ainsi dire chaque jour l'exactitude du tableau que Covillard a tracé de ce qu'il appelait l'*ulcération attritive* des calculs. C'est principalement lorsque la surface du corps étranger offre des inégalités, et qu'il survient de l'inflammation, que celles-ci détruisent la membrane muqueuse dans un ou plusieurs points de son étendue, et que la couche musculaire se trouve mise à découvert, si même elle ne participe pas aussi à l'érosion. En général les ulcérations de la vessie correspondent surtout aux points sur lesquels la pierre a exercé la plus forte pression. Elles n'ont guère lieu qu'aux derniers moments de la vie, lorsque la phlegmasie de la membrane muqueuse est portée à un haut degré, et que les parois vésicales s'hypertrophiant, se contractent avec force et d'une manière permanente sur le calcul.

Les ulcères vont quelquefois jusqu'à la perforation. Tulpius rapporte l'histoire d'un malade chez lequel deux gros calculs fixés au bas-fond de la vessie en perçaient les parois. (*Obs. méd.*, l. 3, c. II, p. 182.) Chopart parle d'un calculeux dont la vessie contenant une pierre murale de la grosseur d'un œuf d'oie, offrait vers le milieu de son bas-fond une ouverture qui communiquait dans le rectum, et par laquelle l'urine coulait dans cet intestin. Les faits de ce genre sont nombreux dans Fernel, Covillard, Portal, Deschamps.

Nous avons observé en 1835, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un malade dont la vessie avait le bas fond ulcéré et traversé déjà par deux calculs qui se trouvaient logés entre elle et le rectum. Il en restait encore un volumineux en forme de calebasse, dont la portion rétrécie était embrassée par le pourtour d'une ulcération de toute l'épaisseur des parois vésicales, et dont la portion la plus volumineuse faisait saillie dans la cavité, l'autre pressant sur le rectum. (Des détails plus précis me manquent sur ce fait.) Toutefois, cela n'est point exactement encore la disposition anatomique que nous cherchons; il s'agit, en effet, de calculs logés dans une excavation derrière la prostate, encaissés dans une poche supplémentaire en quelque sorte et souvent inappréciable aux explorations du chirurgien.

Ce fait avait fixé l'attention de Lecat, qui le considérait comme une sorte de kyste. « Cette deuxième espèce de kyste, dit-il, ayant une issue plus ou moins grande vers la cavité de la vessie, peut quelquefois laisser toucher le corps étranger par la sonde ordinaire, mais mieux par une sonde droite ou presque droite....... Si le lithotomiste la touche, il peut dilater l'issue et la tirer sans incision, comme je l'ai fait quelquefois et nommément en 1761. » Et plus loin, il dit avoir vu « des pierres embrassées étroitement par le fond postérieur d'une vessie divisée en deux cavités, à la manière de certaines calebasses, ce qui peut être compté pour une troisième espèce de pierre chatonnée. » (*Parallèle de la taille latérale de M. Lecat avec celle du lithotome caché*, suivi d'*une Dissertation sur l'opinion de l'adhérence des pierres à la vessie*, page 236.)

On trouve dans le mémoire d'Houstet sur les pierres enkystées et adhérentes à la vessie (*Mém. Acad. de Chir.*, tome 1), plusieurs observations qui pour la plupart ne sont malheureusement pas assez détaillées, et dans lesquelles une disposition semblable à celle que nous avons signalée a été aussi notée. Ainsi il dit dans sa 9e observation : M. Boudou me fit voir à l'ouverture d'un cadavre une vessie dans laquelle il y avait, entre la prostate et l'intestin des uretères, une cellule dont l'entrée était moins large que le fond, et qui aurait pu contenir un œuf de pigeon.

Le fait suivant est encore plus incomplet ; on ne dit pas où était la cavité contenant le calcul, ni ses rapports avec le col vésical, les uretères, etc. M. De Lapeyronie ouvrit un homme mort de la pierre, il trouva une loge où la pierre était contenue ; l'entrée de cette loge était fermée par une membrane qui couvrait exactement la pierre. Il s'aperçut en passant le doigt sur l'endroit où cette pierre était enfermée, que la membrane qui la couvrait était mobile, qu'elle se levait facilement de bas en haut, et formait une espèce de rideau étendu sur le devant de la cellule ; il leva cette lame membraneuse, et découvrit une cavité considérable qui était la cellule où la pierre était placée. M. De Lapeyronie examina cette lame avant de la détacher, et

remarqua qu'elle s'était produite au dessus de la cellule, à l'endroit d'une ride de la tunique interne de la vessie, par un pli qui s'était peu à peu étendu au point de former la membrane dont nous venons de parler.

Je ne rappelle pas la troisième observation de Bouquot, où il est question d'une pierre enfermée dans une cavité contenue dans le haut de la vessie, proche de l'os pubis. La première observation offre au contraire une cavité tout à fait semblable à celle que nous avons décrite.

Obs. III. (Par Houstet.) Le sieur Le Page, officier invalide, âgé de 75 ans, fort et d'un bon tempérament, me consulta le 25 de juin 1829, sur des douleurs très vives qu'il ressentait dans la région du périnée ; j'introduisis assez aisément ma sonde, jusqu'à ce qu'elle fût parvenue sous l'orifice de la vessie : alors mon instrument fut arrêtée par un obstacle si considérable que je me trouvai dans la nécessité de le diriger de plusieurs manières. J'aperçus par les différents tâtonnements que je faisais avec ma sonde, que le col de la vessie, qui était extrêmement serré, faisait tout l'obstacle ; j'eus cependant le bonheur de le vaincre et d'y sentir une pierre. Le malade désirait impatiemment qu'on en fît l'extraction ; il fut au plus tôt préparé pour l'opération ; je l'entrepris le 8 juillet en présence de MM. Bouquot, Morand et Duverney. J'aperçus encore le même obstacle avec la sonde, et les mêmes procédés conduisirent mon instrument sur la pierre. Après une incision à la manière ordinaire, j'introduisis avec assez de peine les conducteurs mâle et femelle dans la vessie, et ensuite la tenette avec laquelle je touchai distinctement la pierre. J'essayai de la charger, et je crus, par l'écartement des anneaux, l'avoir embrassée, mais en serrant la tenette, j'aperçus que ce que j'avais saisi était un corps mollasse et non une pierre. Je fis de nouvelles recherches pour trouver la pierre, et le même corps mou s'engagea de nouveau dans les serres de la tenette. Je résolus alors d'en faire l'extraction ; et lorsque je l'eus tiré, j'aperçus que c'était une excroissance charnue. Je portai une seconde fois la tenette dans la vessie, et je tirai un autre corps étranger semblable au précédent. Ces corps étant ôtés, j'eus beaucoup de facilité à charger trois pierres, que je tirai à trois reprises différentes ; mais le malade ayant beaucoup souffert dans cette longue opération, on ne put, malgré toutes les attentions nécessaires en pareil cas, prévenir plusieurs frissons qui parurent le lende-

main, et qui furent suivis les jours suivans de fièvre ardente et de suppression des urines : le ventre se tendit le quatrième jour ; le délire survint, et le malade mourut le cinquième de l'opération. A l'ouverture du cadavre, nous remarquâmes que la vessie n'avait point sa figure naturelle, elle était plate comme celle des femmes qui ont eu plusieurs enfants. Les vésicules séminales et leurs ouvertures étaient tellement desséchées, qu'on n'en pouvait rien exprimer. La cavité de la vessie était fort grande, son épaisseur très considérable, son col fort étroit, et presque bouché par le gonflement de la prostate squirrheuse qui avait en dedans trois fois plus de saillie que dans l'état naturel.

Au-delà de la prostate, vers le fond de la vessie, nous aperçûmes un repli considérable, en forme de croissant, sur lequel il y avait une cavité dont l'entrée regardait la prostate. Cette cavité, qui avait un pouce et demi de profondeur, sur un pouce et demi de largeur, contenait une matière purulente.... Les embouchures des uretères répondaient aux parties latérales de ce cul-de-sac et s'ouvraient dans la vessie. Le reste de la vessie, depuis la cavité que je viens de décrire jusqu'à son fond, était parsemé de plusieurs embouchures qui conduisaient dans des cavités dont le fond était beaucoup plus large que l'entrée.... Le fond de ces loges étant large et leur entrée fort étroite, les pierres qu'elles contenaient ne pouvaient vraisemblablement montrer qu'une surface très bornée ; d'où il est évident que ces pierres pouvaient bien à la vérité être touchées par la tenette, sans que pour cela il fût possible de les engager entre les serres de cet instrument.

Ledran a extrait de la vessie d'une femme une pierre pesant sept onces et demie, dont une des faces, longue de trois pouces et large de deux et demi, présentait des inégalités qui avaient excorié la portion de la vessie qui s'appuie sur le rectum ; il s'en était élevé des chairs fongueuses qui s'enfonçaient dans les aspérités du calcul, d'où est résulté une adhérence qui céda sans peine et ne fut connue qu'à l'inspection de la pierre. Dix jours après, il s'exfolia des portions de la membrane interne de la vessie (Ledran, *Traité des opérations de chirurgie*).

Le même auteur avait parlé de la contraction des fibres transversales de la vessie donnant naissance à cette disposition que nous avons rappelée. « J'ai souvent observé, dit-il, et

d'autres l'ont observé comme moi, que dans la plupart des vessies qui ont souffert, il se fait à l'endroit où elles sont collées sur le rectum, un peu plus haut que leur orifice, il se fait, dis-je, une espèce de crispation, une tension dans les fibres aponévrotiques qui viennent de l'insertion d'un uretère à l'insertion de l'autre uretère. Ces fibres tendues font une espèce de ligament ou de bande un peu saillante, placée à un pouce et demi de l'orifice selon que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux portions inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure lorsque le malade est couché. » (*Mém. acad. de chir.*, t. I, p. 417.)

Plusieurs auteurs ont observé ces modifications dans les parois vésicales, depuis Colot, Franco, et, longtemps après eux, Dessault et Chopart. Toutefois, l'adhérence des pierres avait fixé davantage leur attention, et les descriptions qu'ils donnent ou sont trop incomplètes, quand elles sont accompagnées d'autopsie, ou manquent du sceau que pouvait y apporter l'inspection cadavérique.

Nous ne pensons pas qu'on doive attacher une grande importance à ce fait tiré de la collection des thèses de Haller, dans lequel il est question d'une pierre volumineuse reconnue seulement par le doigt introduit dans le rectum : d'après ce seul signe, le médecin opéra au petit appareil. Les doigts introduits dans le rectum, le chirurgien sortit par la verge une fusée de pus. Après l'avoir amené au périnée, il incisa sur l'endroit où il s'imaginait que pouvait être le calcul ; car il n'avait pu le faire changer de place et l'amener au point nécessaire pour le faire saillir au périnée ; il incise de nouveau, et tire la pierre sur la nature de laquelle il ne dit rien. Des portions de membranes sortent ensuite de la vessie « et voilà, continue Deschamps, le malade, qui était un enfant, guéri par une opération à laquelle on n'entend rien. » (*Collect. des th. de Haller, XCIV. Diss. med. chir. de sectione et felici curatione calculi vesicæ exulceratæ adherentis.* Prœs. Hen. Frid. Ch. Meyer, *t.* 4, *p.* 33.) Du reste, Deschamps dans son *Traité de l'opération de la taille*

ajoute fort peu à ce qu'avait fait connaître sur ce point le mémoire d'Houstet, précédemment cité.

Beaucoup plus récemment, S. A. Cooper a indiqué sommairement cette disposition dans les *Med. chirurg. transact.*, p. 349 (1821). Mais les faits les plus remarquables de ce genre ont été recueillis par Delpech et publiés dans la *Revue médicale*, année 1831, T. II, p. 14 (*Observations sur la taille hypogastrique*). Ces faits auxquels on n'a pas, ce me semble, accordé toute l'attention qu'ils méritent, rentrent tellement dans la catégorie de ceux auxquels nous faisons allusion, qu'il y aura double intérêt à les reproduire : ils ont d'autant plus de valeur que la plupart s'accompagnent de détails suffisamment circonstanciés, et recueillis par un grand chirurgien. Les voici :

Obs. IV. (Delpech.) Dans les recherches d'une autopsie importante, notre attention fut attirée par le petit volume et la densité de la vessie urinaire. Le malade, âgé de plus de 60 ans, et que nous n'avions eu sous les yeux que pendant quelques jours, avait une incontinence d'urine dont nous n'avions pu vérifier la cause, la gravité de son état, sous d'autres rapports, n'ayant pas permis l'application d'un algalie. L'organe ayant été ouvert par une section de la paroi antérieure, nous ne remarquâmes d'abord que l'épaisseur et la densité des tissus ; ils étaient accrus par une véritable hypertrophie, accompagnée de phlegmasie évidente de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent. Nous fûmes étonnés, lorsque, ayant porté un doigt dans la cavité, nous y reconnûmes une pierre, que ce corps étranger ne nous eût pas frappé d'abord; attendu surtout que nous avions coupé perpendiculairement la paroi antérieure de la vessie, et que la densité des parties nous avait conduit à faire agir le tranchant de l'instrument sur la paroi opposée. En examinant cette dernière de plus près, elle nous parut doublée par une sorte de valvule, épaisse, dense, trilobée, couverte d'une membrane muqueuse épaissie et fongueuse ; c'était la base de la glande prostate engorgée, formant une projection considérable à l'intérieur de la vessie. La base du *trigone vésical*, terminée aux deux côtés par l'orifice des uretères, formait une sorte de bride transversale située en arrière de la saillie des trois lobes prostatiques. Derrière cette sorte d'appareil du col vésical, dans le fond de la vessie, était placé et comme emboîté un calcul oblong, dont le

grand diamètre était dirigé transversalement, et dont nous n'avions pu toucher qu'une très petite surface. Ce calcul avait pourtant un assez grand volume et pesait plus de trois onces. Nous nous mîmes en devoir de l'extraire, mais nous y trouvâmes de grandes difficultés, quoique l'abdomen fût entièrement ouvert, et la paroi antérieure de la vessie complétement fendue. D'un côté, la prostrate et la base du trigone le recouvraient dans une grande étendue ; d'un autre côté, la partie moyenne de la vessie, dont une zône horizontale avait subi une véritable contracture que l'on pouvait rapporter à la phlegmasie et qui surmontait les côtés et la partie postérieure de la pierre. Il fallut pousser la section de la vessie au-delà de son sommet, faire effort pour renverser la paroi postérieure, passer un levier entre cette même paroi de la vessie et le bord postérieur du calcul pour le dégager. Ce corps étranger ne se laissa déplacer qu'en emportant avec lui des lambeaux considérables de la membrane muqueuse du bas-fond de la vessie. Ces lambeaux ayant été détachés de la pierre, on put facilement constater qu'ils avaient été logés dans des excavations profondes de la surface inférieure du calcul qui ressemblaient à la piqûre du bois par les vers, et qui ne pouvaient être rapportées qu'à l'absorption du calcul par les vaisseaux de la membrane elle-même.

Nous appellerons l'attention, dans cette observation, sur la formation de cette cavité derrière la prostate, sur le volume de celle-ci, sur la saillie de la partie située entre les deux ouvertures des uretères; sur la contracture de la vessie consécutive à l'inflammation, ainsi que l'observe Delpech, le volume de la pierre, son ulcération transversale et profonde; sur la difficulté de son extraction même sur le cadavre, enfin sur la nécessité d'amener avec elle des portions de muqueuse devenue fongueuse, et emboîtée en quelque sorte dans les excavations du calcul.

Obs. V. Dans ce cas Delpech pratiqua la taille hypogastrique ; il eut beaucoup de peine à dégager la pierre. Les mâchoires d'une tenette brisée ne purent être engagés de bas en haut sous les bords correspondants de la pierre dont le grand diamètre était transversal. La curette, le bouton, un levier plus commode encore, ne purent pénétrer ni sous le bord inférieur, ni sous l'un ou l'autre côté. Cette manœuvre était plus difficile encore vers le bord supérieur ou postérieur; l'instrument ne pouvait prendre cette direction

qu'en glissant de bas en haut presque parallèlement aux parois de l'abdomen; d'ailleurs il était évident que ce bord du calcul n'était pas libre; il était surmonté par un bourrelet presque horizontal que l'on ne pouvait détourner, car il était fort tendre, et sous lequel les instruments ou les doigts ne pouvaient passer qu'avec une certaine violence. On put constater alors que la pierre était disposée comme dans le fait précédent, c'est à dire que la phlegmasie du col de la vessie avait gonflé la prostate au point de lui faire former une saillie dans la cavité vésicale, que cette même inflammation, propagée au bas-fond et aux côtés de la vessie, avait contracturé ces mêmes régions et les avait inclinées vers la pierre au point de lui former une loge particulière et de l'assujettir. Il fallut, pour extraire ce calcul, manœuvrer difficultueusement avec le levier de la boite à trépan · on put l'avoir enfin. Il demeura évident alors que le bas-fond de la vessie formait une large cellule, dont la limite antérieure était fournie par la base de la prostate, les côtés par les orifices des uretères, et la postérieure par une zône horizontale prise dans la paroi postérieure de la vessie. Dans le fond de cette cellule, la membrane muqueuse de la vessie était *profondément érodée*. Il n'avait pas été fait de blessure à cette même membrane par les violences que l'extraction du calcul venait d'occasionner. On sent aisément néanmoins que ces mêmes violences devaient rendre très douteux le succès de l'opération. En effet la cystite fut terrible, elle excita une sympathie inflammatoire dans le foie : le malade succomba.

On ne fit pas l'autopsie, ou du moins on ne donne sur elle aucun détail.

Le fait suivant est d'autant plus remarquable que les mêmes dispositions se rencontrèrent chez un enfant; la prostate était volumineuse, ce qui est rare à cet âge.

Obs. VI. (Delpech.) Le malade qui en fait le sujet est un enfant âgé de 8 ans. On ne put, à l'aide du cathétérisme, reconnaître un calcul qu'après avoir vidé la vessie en dirigeant le bec de l'algalie vers le bas-fond de l'organe par des mouvements de rotation. Les symptômes étaient graves; la violence des douleurs, la persistance de la fièvre et la fétidité des urines suffisaient bien pour faire supposer que le calcul était volumineux, inégal, et qu'il avait déterminé quelque lésion chronique de la vessie. L'âge du malade pouvait seul encourager à chercher quelque ressource. Si, comme il paraissait démontré, le corps étranger était l'unique cause de tous les accidents, on pouvait espérer de les voir cesser après son extraction. La taille fut donc décidée

et pratiquée par le périnée. L'ouverture de cette région nous fit bientôt reconnaître que le calcul n'était pas libre; qu'il était abrité par la saillie de la glande prostate et de la membrane muqueuse vésicale (ce qui était, ce me semble, difficile à apprécier), qu il était volumineux, qu'il ne pourrait être extrait par le périnée, et que même il ne pouvait pas être saisi par cette même voie. Nous primes sur le champ le parti de pratiquer la taille hypogastrique, et, sans autre secours que nos doigts, nous parvînmes en quelques instants sur la pierre, mais nous sentîmes aussitôt que nous aurions les plus grandes difficultés pour la saisir : elle était débordée de toutes parts par un bourrelet formé par la membrane muqueuse hypertrophiée et doublée d'un tissu fibreux développé à l'occasion des attaques fréquentes de cystite que le malade avait éprouvées. D'ailleurs, le volume de la prostate avait rejeté en haut la masse de la vessie comme dans les cas précédents, en sorte que la pierre se trouvait placée plus haut que la plaie hypogastrique; disposition favorisée par les conditions anatomiques de l'enfance, où l'on sait bien que la vessie est située plus haut....... Le malade succomba le deuxième jour à une cystite.—(Pas de détails sur l'autopsie.)

Obs. VII. (Delpech) Un malade, opéré de la pierre, succomba le douzième jour à une cysto-péritonite. Rien ne donnait à penser qu'il y eût encore des calculs dans la vessie. A l'autopsie, nous trouvâmes trois autres pierres; elles étaient logées dans le bas-fond de la vessie, derrière une barrière transversale élevée verticalement à la base du trigone vésical et de 13 lignes de hauteur. Cette barrière était prolongée en arrière par l'orifice vésical des uretères et par un pincement de la paroi postérieure de la vessie. La partie antérieure de cette barrière était formée par la glande prostate engorgée et formant une saillie dans la cavité vésicale. Cette enceinte morbide emboîtait et fixait les trois calculs; ces corps étrangers, volumineux, se correspondaient par des facettes étendues sur lesquelles ne s'étendaient presque pas les dernières couches des sédiments urinaires; ils avaient d'ailleurs fait disparaître par ulcération ou mieux par compression une très grande étendue de la membrane muqueuse sur laquelle ils avaient reposé. La pierre qui avait été extraite avec facilité dans le moment de l'opération, avait existé et pris naissance hors de la cavité qui renfermait les trois au res, en avant de la *barrière prostatique* et sur le col de la vessie lui-même.....

Ainsi donc, chez ce malade, même disposition anatomique, même résultat de l'opération. Au lieu d'un calcul, il s'en trouva

plusieurs, et alors qu'on pensait avoir complétement débarrassé la vessie.

Obs. VIII. (Delpech.) Un praticien des plus exercés donna pendant plusieurs mois des soins à un homme âgé, à l'occasion de rétrécissements du canal de l'urètre, qui furent vaincus successivement par des cautérisations fréquentes. Tandis que l'on paraissait toucher au terme du traitement, qui n'avait été ni facile ni exempt de dangers, une cystite se déclare et le malade y succombe. A l'autopsie, nous trouvons dans la vessie un calcul de la grosseur d'une petite noix; ce corps étranger, hérissé d'aiguilles cristallines de phosphate ammoniaco-magnésien, était logé dans une arrière cavité du bas-fond de la vessie, séparée du col par une barrière transversale de plus de 6 lignes de hauteur, répondant à la base du trigone vésical. La pierre n'était pas emboîtée; la partie postérieure de l'enceinte n'était pas encore complétée; mais on voyait aisément à l'état de la membrane muqueuse correspondante que la chose n'aurait pas tardé.

Dans cette observation, on rencontre l'encaissement du calcul pour ainsi dire à l'état rudimentaire : pas de rétrécissement, pas d'ulcération, pas de développement anormal de la prostate ni de saillie de la muqueuse en arrière; et comme le dit Delpech, la pierre n'était pas encore emboîtée.

Depuis le mémoire de Delpech, de nombreux travaux sont venus s'ajouter à ceux qu'on possédait déjà sur les maladies des voies urinaires. L'étude des affections calculeuses faite avec plus de soins depuis la découverte et les perfectionnements de la lithotritie, a permis de rassembler un plus grand nombre de faits, et des faits observés plus attentivement.

Nous avons déjà dit que M. Amussat avait bien signalé cette disposition des calculs vésicaux, et le mode d'altération de la vessie qui les accompagne. D'autres chirurgiens l'ont mentionnée encore.

M. Leroy d'Étioles, dans son premier mémoire sur la lithrotripsie, p. 42, rapporte l'histoire d'un malade chez lequel plusieurs explorations successives ne purent faire reconnaître un calcul, et qui succomba : on trouva dans le bas-fond de la vessie une pierre ayant le *volume d'une noix*, et rien dans la structure

de l'organe qui pût expliquer pourquoi la sonde ne l'avait pas sentie. Il y avait évidemment dans ce cas prolongation du cul de sac vésical, formation d'une cavité derrière la prostate : le calcul alors profondément caché ne pouvait être sentie par l'instrument. Cela arrive surtout, ajoute M. Leroy, « lorsque la tuméfaction de la prostate en élevant le col de la vessie, et augmentant la profondeur du bas-fond, rend difficile la rencontre d'un calcul même assez volumineux : la convexité de la sonde passe au dessus de lui sans le sentir, et si l'état de contraction de la vessie ne permet pas de porter en bas le bec de l'instrument il échappe aux recherches. »

Dans le fait emprunté à M. Belmas, et rapporté quelques pages plus haut (p. 35), il est question d'un calcul adhérent à la muqueuse ulcérée de la vessie, mais c'était au sommet de l'organe qu'il était fixé et non point au bas-fond.

Dans son *Traité de l'affection calculeuse*, M. Civiale insiste à plusieurs reprises « sur cette particularité dans la forme de la vessie qui paraît résulter exclusivement de la présence des calculs et des contractions qu'ils provoquent..... Il se fait avec le temps une excavation derrière la prostate, et en quelque sorte au dessous d'elle. J'ai signalé il y a longtemps, dit-il, cette disposition anormale à laquelle les praticiens paraissent n'avoir attaché que dans ces derniers temps l'importance qu'elle mérite. Il importe beaucoup de s'en faire une idée nette, car elle a plus d'une fois donné lieu à des méprises qui sont devenues funestes aux malades, nombre de pierres, même volumineuses, ayant échappé aux recherches faites avec le cathéter ou avec les tenettes, en se cachant dans le sac creusé entre la prostate et le rectum. On a vu effectivement des calculs pesant plus de trois onces disparaître presque en entier dans cette excavation qui d'ordinaire s'accompagne d'un gonflement soit de la prostate entière, soit seulement de la partie moyenne de son corps. » (Civiale : *Traité de l'affection calculeuse*, p. 263).

L'observation suivante de M. Ségalas se rattache entièrement à celles que nous venons de rappeler.

Obs. IX. — Chez un malade auquel ce chirurgien pratiqua la lithotritie, et qui succomba avec les symptômes d'une affection thoracique, on constata indépendamment de la lésion pulmonaire les altérations suivantes dans la vessie : Cet organe renfermait à son bas-fond une pierre chatonnée et volumineuse logée dans une sorte d'arrière-cavité qui communiquait en avant avec le reste de l'organe par une ouverture d'environ un pouce de diamètre, qui laissait passer l'extrémité antérieure d'un calcul à collet et en forme de calebasse. Le collet, ajoute M. Ségalas, correspondait à l'ouverture dont il s'agit, et tout montre que la lithotritie a été faite sur la partie antérieure plus molle, plus récente, de cette pierre. Les parois du viscère sont hypertrophiées dans toute leur étendue, et la membrane muqueuse de la poche postérieure, de celle qui contenait la principale partie de la pierre, était manifestement enflammée.... (*Observ. communiquée à l'Académie royale de Méd.* 28 février 1837.)

(Je regrette de ne pas y trouver indiqué l'état de la prostate, des uretères, de leurs orifices, des colonnes charnues vésicales, etc., qu'il nous eût été utile de connaître.)

« Dans ce cas, l'état et la position de la pierre avaient été diagnostiqués; on la sentait à nu, dit M. Ségalas, mais en partie enveloppée d'une membrane au bas-fond de la vessie ; elle se montrait à peine mobile. Elle n'était saisie par le brise-pierre que quand le bec de celui-ci était mis en travers ; encore était-elle à peine touchée par lui : elle lui échappait à l'instant. D'un autre côté, le doigt porté dans le rectum faisait reconnaître dans la région de la vessie une tumeur volumineuse dure et à peine mobile. Tout se réunissait pour me faire croire à une pierre *chatonnée* et fort grosse. On pensa devoir recourir à la taille, la mort du malade vint empêcher de mettre ce projet à exécution. Dans ce cas, la taille était évidemment indiquée, on l'aurait faite par le rectum sans aucun doute. Cette méthode eût seule permis de détacher la pierre, non sans difficulté, à cause du prolongement en champignon que la pierre, en son état premier, avait dans la poche intérieure. »

Voilà donc un de ces cas, rares à la vérité, où la lithotritie et la taille offrent beaucoup de difficultés et très peu de chances de succès; en admettant, ce qui n'avait pas lieu ici, l'absence de

toute complication et l'intégrité parfaite de tous les organes étrangers à l'appareil urinaire. Il est bon d'ajouter que le malade souffrait depuis quatorze ans, et qu'on avait attendu jusque-là pour s'assurer à l'aide du cathétérisme de la véritable cause d'un catarrhe de la vessie.

Enfin, tout récemment, nous avons recueilli un fait presque analogue. Le malade se trouvait dans les circonstances les plus désavantageuses, il succomba.

Obs. X. — Un malade âgé de 76 ans, souffrant de la vessie depuis plus de huit ans, ayant rendu à cette époque quelques graviers et même des fragments de calcul, fut pris au commencement de septembre 1838 d'une rétention d'urine pour laquelle il consulta un chirurgien de la capitale ; on parvint à le sonder et à donner issue à une énorme quantité d'urine purulente, des plus fétides ; elle laissait un dépôt bourbeux, rougeâtre ; la sonde placée dans la vessie fit reconnaître alors l'existence de plusieurs calculs, occupant le bas-fond et resserrés dans une espèce d'arrière-cavité. Ces premières explorations furent assez douloureuses ; on continua les injections, le malade fut plusieurs fois mis au bain; diète, quelques boissons adoucissantes. Il y avait de la fièvre, une chaleur âcre de la peau, perte de sommeil ; langue sèche et blanchâtre, soif vive ; l'état de la vessie ne s'améliorait pas, on résolut dès lors de la débarrasser par le broiement des corps étrangers qu'elle renfermait. Dans une première séance on brisa par la simple pression 8 à 10 pierres d'un volume variable entre 3 et 9 lignes ; les douleurs ne furent pas très vives. On revint aux injections, le malade rendit beaucoup d'urine, toujours avec les mêmes caractères... Il succomba 48 heures après.

Autopsie. — On ne put examiner que la vessie. Ses parois ont considérablement augmenté d'épaisseur par le développement de la membrane musculeuse : sa capacité n'est guère accrue ; la muqueuse grisâtre, un peu fongueuse, présente entre les colonnes charnues beaucoup de petites loges, renfermant quelques pierres dont le diamètre varie entre 2 et 4 lignes. La prostate est hypertrophiée et présente en arrière et sur les côtés deux végétations fongueuses développées surtout à droite, laissant entre elles et au dessus d'elles une dilatation du canal de l'urètre, dans lequel l'extrémité du doigt indicateur s'engage facilement ; le bas-fond vésical et le côté postérieur du trigone sont soulevés et mis presque de niveau avec la prostate, formant en arrière une espèce de valvule qui couvre in-

complètement l'entrée d'une cavité secondaire placée un peu sur la droite, pouvant loger un petit œuf, et distendue par une énorme quantité de calculs irréguliers, à surface inégale, d'un blanc grisâtre, les uns n'ayant que 2 à 3 lignes de diamètre, les autres en plus grand nombre, 6, 8, 9 lignes. Deux d'entre eux, sciés par le milieu, offrent un noyau central jaunâtre, assez dur, puis des couches corticales plus blanches et plus molles; dans quelques uns des poils durs et blancs se trouvent intriqués. Les reins étaient plutôt diminués qu'augmentés de volume, leur tissu rouge et plus dur; l'un d'eux est le siége de deux kystes remplis de sérosité sanguinolente; les uretères ne sont pas dilatés.

Je donne ce fait sans aucune réflexion, seulement comme exemple de ces vessies à arrière-cavité renfermant des calculs encaissés dans une sorte de cavité secondaire. Nous y trouvons du reste les divers degrés de la même altération : colonnes charnues hypertrophiées, cavités intermédiaires peu profondes, cavités intermédiaires se creusant davantage, puis s'arrondissant en poches, enfin énorme dépression remplie de calculs, et coïncidant avec ces altérations, une hypertrophie prostatique.

Résumé et réflexions générales.

Il serait facile maintenant de tracer l'histoire générale de cette variété de calculs vésicaux que nous avons appelés *encaissés*. Ce qui caractérise anatomiquement cette disposition, c'est la présence constante d'une dépression plus ou moins large, mais toujours profonde, vers le bas-fond vésical et derrière la prostate : dépression ordinairement plus évasée à son fond qu'à sa partie supérieure qui présente presque toujours un rétrécissement apparent même à l'extérieur (Obs. I, IV, V). Dans les autres cas, il n'a pas été signalé, peut-être par oubli. Il est à remarquer que dans les cas où ce rétrécissement était survenu, la muqueuse vésicale était profondément érodée et détruite (Obs. I, IV, V). Toutefois, le contraire n'a pas toujours lieu, et l'ulcération existe sans ce resserrement; tout au moins n'est-il pas noté dans les observations convenablement détaillées (Obs. III, VII).

Le volume de la prostate a été trouvé constamment augmenté. Cela avait lieu dans toutes les observations que nous avons rapportées, excepté cependant dans la première, remarquable en ce sens qu'il y avait une atrophie notable de cette glande (Obs. I). L'observation VIII de Delpech ne présente pas non plus d'hypertrophie prostatique; il n'y est pas question toutefois d'atrophie. Peut-être faut-il l'attribuer dans l'observation I à un degré plus avancé de la maladie et à la position qu'occupait la pierre relativement au col vésical. La prostate se trouvait en quelque sorte disséquée à sa partie inférieure; la pression du calcul la refoulait de bas en haut, et avec d'autant plus d'efficacité que le volume de la pierre était plus considérable; l'atrophie par compression n'aurait dans ce cas rien qui doive étonner, c'est la règle générale.

Le volume considérable des calculs est à rappeler aussi; presque toujours il n'en existait qu'un seul (Obs. I, IV (Delpech) VI, IX (Ségalas), cependant on en trouve trois et un plus grand nombre dans quelques cas (Obs. de Ledran X); la position des diamètres de la pierre relativement à ceux de la vessie, l'excavation secondaire, ne sont pas toujours exactement rappelées; le grand diamètre du calcul était transversalement situé dans les observations I, III et V. Dans ces cas et dans presque tous les autres la pierre était volumineuse; M. Civiale dit en avoir vu dans ces circonstances peser plus de 3 onces; celle dont parle Ledran pesait plus de 7 onces.

Il est malheureux que des détails plus circonstanciés relativement au degré d'altération des parois vésicales ne se trouvent pas dans les résultats d'autopsie; il est à regretter aussi qu'on ne sache rien sur l'ancienneté de la maladie, la forme présentée par les symptômes, etc.; les erreurs de diagnostic qui auront pu être commises; s'il y a eu ou non rétention d'urine.... On comprend que tout cela serait à consulter pour apprécier sur le vivant cette disposition de la pierre et la diagnostiquer avant de rien entreprendre.

Je pense qu'on ne saurait trop insister comme moyen explo-

rateur, sur l'emploi de doigt indicateur introduit dans le rectum : en le dirigeant en avant et aussi haut que possible le malade étant debout de manière à porter en bas la vessie, le calcul qu'elle renferme, le degré d'hypertrophie de la prostate, la présence du pus que des pressions modérées pourront faire sortir par le canal de l'urètre, le degré de douleur que ces pressions déterminent, amèneront peut-être à soupçonner l'état des parties malades ; tout en s'aidant du cathétérisme par le canal de l'urètre, avec ou sans injections préalables, suivant les cas, suivant le degré de sensibilité des parties et d'impressionnabilité du malade.

Dès l'instant que les symptômes de la pierre remonteront dans leur apparition à une date éloignée, on aura déjà des raisons de soupçonner l'encaissement du calcul, ou du moins il y aura plus de chances pour que cette disposition existe. Ainsi, dans les observations où l'époque du développement de la maladie est indiquée, nous voyons qu'il s'agit de huit ans pour le vieillard qui fait le sujet de la IXe observation, de quatorze ans, obs. VIII. Dans les observations I, V, etc., il est question de plusieurs années.

Tous les malades étaient du sexe masculin, à l'exception de la malade dont parle Ledran; et encore les détails dont s'accompagne son histoire sont-ils trop incomplets pour que nous puissions la rapprocher exactement des autres faits.

Relativement à l'âge, il est remarquable que tous étaient des adultes, à l'exception du petit malade, âgé de huit ans, dont parle Delpech à la sixième observation. Parmi ceux dont l'âge est signalé avec exactitude, le plus jeune avait quarante-deux ans (Obs. IX), les autres étaient tous plus vieux, depuis soixante ans (Obs. IV) jusqu'à soixante-quinze, soixante-seize (Obs. III, X). Dans l'observation VIII, il est question aussi d'un homme âgé: ainsi donc le sexe masculin, l'âge avancé du malade, seront de nouvelles raisons à ajouter à celles précédemment déduites pour soupçonner la disposition du bas-fond vésical dont il est ici question. Cela est d'autant moins éton-

nant que les progrès de l'âge, accompagnés presque toujours d'une hypertrophie de la prostate, d'une dépression plus marquée du bas-fond vésical, semblent déjà, indépendamment de la présence de la pierre, de son volume, de sa forme, favoriser la position spéciale de celle-ci et les rapports importants que contracte la vessie avec elle.

Est-il nécessaire d'ajouter que cet état constitue un cas fort grave d'affection calculeuse, et d'autant plus grave qu'on aura attendu plus longtemps; car alors la cavité se creuse davantage, les saillies antérieure et postérieure se prononcent, puis l'inflammation arrive, et, après elle, la suppuration, l'ulcération, les végétations fongueuses; le reste du système urinaire se prend, et, quoi qu'on fasse, les malades succombent. Je dis quoi qu'on fasse, puisque dans tous les cas que nous avons rappelés, à l'exception d'un seul (Obs. de Ledran), la mort est survenue sans qu'on ait fait la moindre tentative d'opération (Obs. I, IV, VIII), après la taille périnéale (Obs. III, VI, VII), après la taille hypogastrique (Obs. V), et après les tentatives de lithotritie (Obs. IX, X, etc.). Chez les malades qui ont succombé aux suites de la taille, on a constamment trouvé une cystite avec ou sans suppuration, ou une cysto-péritonite.

Un pareil résultat doit, ce me semble, faire rejeter toute idée d'opérer dans des cas de ce genre; il faut alors renoncer tout aussi bien à la taille qu'à la lithotritie, et peut-être plus encore à la lithotritie qu'à la taille, à la condition toutefois que cette dernière sera pratiquée par le rectum; cette méthode nous paraît dans l'espèce offrir le moins d'inconvénients, et même quelques avantages. Ainsi par elle on attaque directement le fond de la poche, on arrive sans peine sur le calcul, on saisit ce dernier au dessous du rétrécissement vésical, et non au dessus comme on serait forcé de le faire par la taille hypogastrique. Une fois l'opératien faite, le pus, les débris de membranes prennent une route facile, rien ne stagne dans cette arrière-cavité, qu'on ne pourrait vider jamais par l'incision sus-pubienne. Puis l'ouverture faite avec le bistouri ou le lithotome,

ne se cicatrisant à la longue qu'après une suppuration plus ou moins abondante, devra, par ce mode de cicatrisation même, rétrécir considérablement, peut-être effacer ce cul-de-sac, qu'on ne verrait jamais disparaître autrement. L'organisation du tissu fibreux inodulaire serait ici fort utile par les tractions qu'il déterminerait, dans son retour incessant sur lui-même.

Et du reste, pour le dire en terminant, le développement et l'organisation de ce tissu fibreux nous paraissent jouer un grand rôle dans cet état de resserrement vésical. Sans doute il y a là une contraction ou une contracture, comme on l'a dit; mais ce n'est point un résultat de la contractilité musculaire, ou du moins elle ne joue qu'un rôle secondaire et partiel; à plus forte raison n'en remplit-elle aucun lorsque les fibres musculaires sont détruites, ainsi que cela avait lieu dans plusieurs observations. L'inflammation développée autour de points excoriés, ulcérés, devenus fongueux, s'accompagne à la fois de cette rétractilité musculaire, irritative, sur laquelle M. Malgaigne a appelé l'attention dans ces derniers temps, et d'une rétractilité de cicatrice. Les épanchements plastiques, s'organisant au milieu des parois vésicales et au dessus du calcul, doivent nécessairement, lorsque leur développement est complet, déterminer une rétraction circulaire comme l'organe qui en est le siége, et au dessus de la pierre, puisque le volume de celle-ci s'oppose au retrait des parties en contact avec elle, de même que sa présence et ses aspérités déterminent l'inflammation et l'ulcération des surfaces qui lui correspondent.

Sans doute cette théorie, conséquence des idées de Delpech, devrait pour être admise se justifier par des preuves plus nombreuses; mais ce qui a été dit suffit, je pense, pour rendre jusqu'à présent raison des faits observés. Nous ne saurions toutefois passer sous silence l'explication qu'a donnée M. Civiale : « Les fibres charnues et la vessie, dit-il, sont disposées de manière qu'en se resserrant elles tendent à rassembler les parois vers l'orifice de l'urètre. Cette disposition, qui lui est commune avec tous les viscères creux, lui permet d'ex-

pulser les corps qu'il contient, et fait que ceux-ci s'appliquent contre son col, quand ils ont un volume qui dépasse la capacité du conduit excréteur. Mais, soit que les fibres du corps de la vessie ne se contractent pas également, soit que par une conformation spéciale la partie connue sous le nom de bas-fond se trouve plus déprimée qu'à l'ordinaire, il y a des calculs qui semblent ne jamais quitter ce lieu. Les contractions vésicales s'exercent sur eux dans le sens de leur direction, c'est à dire qu'elles les poussent en bas et en avant, de sorte qu'avec le temps il se produit une excavation derrière la prostate, et en quelque sorte au dessous d'elle. » (Civiale, *Traité de l'affection calculeuse*, p. 262.)

Les faits que nous venons de rapporter auront soulevé plusieurs questions fort importantes de pathologie et de thérapeutiques chirurgicale ; nous sommes bien loin de croire en avoir donné une entière solution : nous pensons seulement avoir réuni des matériaux utiles à consulter, et rassemblé quelques éléments qui pourront devenir la base d'un travail plus complet.

DE L'INFLUENCE DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DES VÉSICATOIRES APPLIQUÉS SUR LA POITRINE DANS LA PNEUMONIE SIMPLE OU COMPLIQUÉE DES ENFANTS (1);

Par ALFRED BECQUEREL, *interne des hopitaux, membre de la société médicale d'observation, lauréat de l'école pratique* (Médaille d'or).

Mon intention, en publiant ce travail, n'est point de faire une histoire complète et de traiter toutes les questions qui se rattachent à l'emploi des émissions sanguines et des vésica-

(1) Il est important de noter que les observations de M. Becquerel ont toutes été prises chez des enfants âgés de deux ans au moins. Les conclusions de ce mémoire ne peuvent donc s'appliquer nullement aux enfants nouveau-nés et à la mamelle.

toires dans la pneumonie des enfants, encore moins d'annoncer quelque découverte nouvelle. Je désire seulement, d'après des observations assez nombreuses que j'ai recueillies sur ce sujet à l'hôpital des Enfants, présenter quelques résultats propres peut-être à éclairer cette question.

Si l'on veut apprécier avec certitude l'influence du traitement employé pour combattre la pneumonie simple ou compliquée des enfants, et surtout si l'on veut comprendre et prévoir d'avance, pour ainsi dire, quel doit en être le résultat, on doit s'attacher à reconnaître les causes prédisposantes et occasionnelles de cette phlegmasie; c'est dans cette étude qu'on trouvera la raison des insuccès nombreux qui ont été la conséquence de l'application de certaines méthodes et surtout de celle des émissions sanguines: c'est de cette dernière que je dois spécialement m'occuper.

Avant de commencer cette étude, je pense qu'il est utile d'établir plusieurs distinctions: ainsi on doit séparer les cas dans lesquels la pneumonie des enfants semble jouer le principal rôle et être la maladie principale, de ceux dans lesquels elle n'est qu'une conséquence et une complication d'une maladie plus grave, plus générale, en un mot, où elle n'est que secondaire: telles sont les varioles, les fièvres typhoïdes, etc., etc.

Il est une autre remarque très importante à faire, c'est celle de l'état physiologique ou pathologique du jeune sujet chez lequel débute la pneumonie; la connaissance de cette condition servira à comprendre l'influence des agents thérapeutiques.

Depuis longtemps les observateurs placés à l'hôpital des Enfants malades n'ignoraient pas que cette phlegmasie débute spécialement chez des sujets débilités par des maladies antérieures ou par un long séjour à l'hôpital. M. Gherard, dans son Mémoire sur la pneumonie des enfants, établit par ses relevés ce fait d'une manière positive, surtout pour les jeunes sujets de deux à six ans. Récemment encore, MM. Rilliet et Barthez, dans leur monographie, sont arrivés à des conclusions analogues. Ils ont noté, en effet, que sur soixante cas trois enfants seulement étaient dans un parfait état de santé au dé-

but de la pneumonie. Les relevés que je présenterai tout à l'heure montreront également que cette phlegmasie survient beaucoup plus souvent chez les enfants débilités, amaigris, soumis à de mauvaises conditions hygiéniques, affaiblis par un long séjour à l'hôpital, chez ceux enfin qui, probablement sous ces mêmes influences, commencent à se tuberculiser ; tandis qu'elle est beaucoup plus rare chez ceux dont l'état physiologique est normal et la santé parfaite. Chez des enfants placés dans les mauvaises conditions que je viens d'énumérer, on comprend facilement que des causes occasionnelles, souvent inconnues pour nous, ou peut-être l'activité fonctionnelle du poumon à cet âge, déterminent la phlegmasie de cet organe. On peut déjà prévoir quelle sera l'influence probable des émissions sanguines dans tous ces cas; elles contribueront sans doute à débiliter encore plus les enfants et à perpétuer peut-être une phlegmasie déjà due à cette condition adynamique.

Considérés sous le point de vue pathologique, les enfants chez lesquels survient la pneumonie peuvent être déjà sous l'influence d'une autre maladie que l'on peut considérer comme cause de la phlegmasie. Deux cas peuvent se présenter, ou c'est une maladie générale qui agit en débilitant, en épuisant l'économie, ou bien cette maladie est spécifique : telles sont la rougeole, la scarlatine, la variole. Ces deux éléments peuvent se combiner. C'est ainsi que dans la rougeole, la pneumonie peut survenir pendant l'éruption ou bien un certain temps après, lorsque l'enfant est débilité, affaibli : le plus souvent en effet il existe à la suite des fièvres éruptives un état adynamique général sous l'influence duquel peut se développer cette inflammation.

Dans ces cas divers, le raisonnement fait déjà prévoir le peu d'influence probable des émissions sanguines et des autres moyens débilitants. Cependant, avant d'entrer dans l'exposition et la discussion des faits, je pense qu'il est utile de faire un court exposé de ce que les auteurs ont écrit sur ce sujet.

On trouve très peu de chose dans les anciens auteurs sur le

traitement de la pneumonie des enfants, par cela seul qu'ils connaissaient à peine cette maladie. C'est dans les travaux des modernes que l'on rencontre des résultats qui presque tous conduisent à des conclusions analogues. Stoll consacre tout au plus quelques lignes à ce sujet : après avoir signalé la pneumonie comme pouvant survenir chez les enfants, il dit à propos de celle qui complique la rougeole, qu'elle peut conduire à la phthisie, si on n'emploie de puissants anti phlogistiques. D'autres travaux modernes ont été loin de conduire à un résultat analogue. Bosquillon, dans les notes qu'il a ajoutées aux Éléments de médecine de Cullen (article *rougeole*), parle d'une épidémie de rougeole ayant spécialement sévi chez les enfants, observée et très bien décrite par le docteur Warson ; elle s'est fréquemment compliquée de pneumonie, comme le démontre sa description. L'auteur conclut en disant que l'emploi des émissions sanguines ne lui a paru d'aucune utilité, et n'a pu arrêter la marche de la maladie.

Sydenham (chap. V, t. I, p. 120. *Épidémie de rougeole de l'année* 1670) parle de la fréquence de la pneumonie qui survenait spécialement à l'époque de la disparition de l'éruption ; il regarde cette complication comme le plus terrible accident qui puisse compliquer la rougeole. Le meilleur traitement qui lui a réussi pour combattre cette affection est la saignée. Il n'a pas craint, dit-il, de pratiquer plusieurs fois même la saignée du bras chez des enfants de l'âge le plus tendre, en proportionnant la quantité de l'évacuation à l'âge et aux forces du malade : il a arraché par cette pratique, dit-il, plusieurs enfants à une mort certaine.

Les traités spéciaux publiés sur les maladies des enfants ont à peine ébauché ce sujet. Laennec n'en parle pas.

M. Guersent (article *Enfant, Dict. de méd.* en 21 volumes) a posé des principes qui sont le résultat de sa longue expérience. Après avoir recommandé d'employer avec ménagement les émissions sanguines chez les enfants, il insiste beaucoup sur la faiblesse qui en est souvent la conséquence. « Les saignées

» abondantes, dit-il, jettent quelquefois les enfants dans un état » de prostration dont il est difficile de les tirer ; j'ai vu des enfants » très jeunes succomber à un état de syncope déterminé par une » application de quelques sangsues seulement. » Plus loin ce praticien ajoute que les émissions sanguines prolongent leur convalescence, et il reconnaît qu'à mesure que les jeunes sujets approchent de la puberté, ces agents thérapeutiques ont plus d'influence.

M. Chomel (article *Pneumonie* du même ouvrage) les prescrit avec modération chez les enfants.

M. Léger publia en 1823 une excellente thèse sur la pneumonie des enfants; ce fut du reste la première, et quelques uns des auteurs qui vinrent après lui y puisèrent souvent largement sans le citer. Il a cependant eu le tort de dire que la pneumonie était rare chez les très jeunes enfants, et plus commune de 8 à 10 ans. Il présente les saignées et les sangues comme suivies du plus grand succès dans ces cas, mais il reconnaît que les phlegmasies pulmonaires suites de rougeole et de variole sont presque toujours mortelles. La pneumonie aiguë franche, dit-il, est la seule curable, tandis que celle qui est compliquée résiste toujours à l'emploi des émissions sanguines. Dans ces derniers cas les vésicatoires n'ont pas produit de meilleurs effets, ils affaiblissaient souvent les petits malades par la suppuration qui en était le résultat.

M. Lanoix (*Thèse* 1825) a fait entrer de nouveaux éléments dans la question, en insistant sur les différences relatives à l'âge ; il établit que la pneumonie des enfants est presque toujours mortelle de 2 à 5 ans, et porte sur celle qui complique les fièvres éruptives un pronostic aussi grave que celui de M. Léger. Il va plus loin, car il dit que dans de telles phlegmasies les émissions sanguines ont été plus nuisibles qu'utiles, et il conclut qu'elles ne doivent être employées qu'avec une grande circonspection.

M. Blache (*Archives* 1827) montra le peu d'influence de ces moyens thérapeutiques en citant trois exemples de pneumonies

enfantiles qui résistèrent à leur emploi, tandis qu'elles guérirent sous l'influence du tartre stibié.

M. Bressand (*Thèse* 1827) ajouta peu de chose aux résultats de ceux qui l'avaient précédé. Il recommande beaucoup les émissions sanguines dans la pneumonie des enfants, et les prescrit dans tous les cas, bien qu'il reconnaisse qu'elles sont beaucoup moins utiles dans celles qui compliquent les fièvres éruptives.

M. Bergeron (*Thèse* 1828) est le premier qui ait parlé de la débilité antérieure à la pneumonie des enfants; débilité, dit-il, dont il faut tenir compte dans le traitement. Malgré cela, après avoir montré le bon effet des émissions sanguines dans les pneumonies franches, il dit qu'elles réussissent également lorsqu'on les emploie avec une grande énergie dans les phlegmasies du poumon qui compliquent les fièvres éruptives.

M. Berton (*Thèse*, 1828) ne dit absolument rien de nouveau.

M. Blache, dans un Mémoire inséré dans les *Archives* en 1832, est le premier qui ait décrit la pneumonie qui complique si souvent la coqueluche. Sur 38 cas de coqueluches compliquées, dit-il, 15 l'ont été de pneumonie. Toutes réclament un traitement antiphlogistique énergique, puis ensuite l'emploi des vésicatoires.

M. Constant publia, en 1831 et en 1833, de bonnes observations sur la pneumonie des enfants. (*Gaz. médic.*) Voici, d'après cet auteur, le résultat du traitement employé pour combattre cette phlegmasie.

Il en rapporte douze observations. Deux enfants sur les douze furent traités par les émissions sanguines seules. L'un d'eux avait une pneumonie franche, il était âgé de 13 ans, et il guérit. L'autre présentait en outre des symptômes de congestion cérébrale, il succomba. Cinq autres enfants furent d'abord traités par les antiphlogistiques, qui échouèrent; on employa le tartre stibié à haute dose, et ils guérirent; les cinq étaient âgés de plus de 5 ans. Deux autres enfants présentaient une pneumo-

nie compliquée de symptômes cérébraux : ils succombèrent malgré l'emploi des émissions sanguines; l'un était âgé de 2 ans, l'autre de 3. Deux autres moururent de pneumonie à la suite de l'emploi des émissions sanguines au début, puis ensuite du tartre stibié à haute dose. L'un, âgé de 2 ans, était tuberculeux; l'autre, âgé de 9 ans, succomba à une gangrène de la bouche. Enfin, le dernier enfant, affecté d'une pneumonie compliquant une variole, guérit à la suite de l'administration de l'oxyde blanc d'antimoine sans émissions sanguines.

M. Delaberge a inséré dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (1834), une suite de mémoires sur la pneumonie lobulaire : voici ce qu'il est amené à conclure à propos de la thérapeutique. La pneumonie lobulaire, dit-il, est l'expression d'un état particulier de l'économie caractérisé surtout par la faiblesse. Ces considérations doivent avoir une influence puissante sur la thérapeutique de l'affection qui nous occupe, et faire pressentir que ce n'est point dans un traitement antiphlogistique et débilitant que l'on doit toujours chercher le remède à semblable mal, mais dans des moyens sinon opposés, du moins ayant un but différent. Plus loin il ajoute que la pneumonie lobulaire est une affection asthénique, et que les antiphlogistiques ne réussissent pas en général. Cependant, il dit qu'il faut les employer dans certains cas, surtout quand la réaction fébrile est très intense. Il préfère les saignées générales, parce qu'on peut évaluer la quantité de sang enlevée, et parce que les sangsues amènent souvent, par leurs piqures, des ulcères et d'autres altérations cutanées. Du reste, dit-il, on a vu plusieurs cas dans lesquels la mort est arrivée par la débilité, suite de l'application de sangsues. L'emploi des vésicatoires, selon lui, doit toujours être rejeté et n'a jamais apporté de soulagement. Les observations qu'il publie à la fin de son travail confirment tous ces résultats.

M. Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, prescrit les émissions sanguines pour combattre les pneumonies qui compliquent les rougeoles; il les trouve beaucoup moins effi-

caces contre les complications de la variole. Il est vrai de dire que la plupart de ses observations portent sur des adultes.

M. Gherard, puis M. Rufz, ont publié chacun un mémoire sur la pneumonie des enfants. Ils sont arrivés à des conclusions analogues, car ce sont les mêmes faits qui ont servi de base aux deux mémoires. Le premier, surtout, a démontré que la pneumonie franche est rare chez les jeunes enfants, et qu'elle sévit plutôt chez ceux qui sont affaiblis par des causes débilitantes antérieures. Ces deux auteurs ont montré quelle était la différence du pronostic qu'on devait porter sur la pneumonie selon l'âge des jeunes sujets. M. Rufz a conclu qu'après 6 ans les émissions sanguines sont utiles dans la pneumonie des enfants, mais dans des limites assez étroites. Avant cet âge les trois quarts des enfants, d'après les relevés de MM. Rufz et Gherard, ont succombé malgré l'emploi fréquemment répété des émissions sanguines. Après 6 ans, au contraire, la proportion est presque inverse.

M. Roucolles, dans sa dissertation inaugurale sur la *pneumonie lobulaire*, conseille de recourir toujours aux émissions sanguines dans ces phlegmasies, même quand elles compliquent une fièvre éruptive. Il établit ensuite ce singulier principe, savoir : que chez les enfants débilités, épuisés, il est préférable de traiter la phlegmasie du poumon par les saignées générales que par les locales. Il signale ensuite le mauvais effet des vésicatoires qui, dit-il, affaiblissent les enfants par l'abondance de la suppuration. Les quatre observations qu'il donne ensuite ne confirment guère ses principes. Trois sont des exemples de pneumonie compliquant la rougeole et traités par les émissions sanguines : les trois enfants ont succombé. La quatrième était une pneumonie compliquant une scarlatine; le même traitement réussit.

M. Boudin (1835, *Thèse sur la rougeole*) a beaucoup parlé de la fréquence de la pneumonie; d'après les observations qu'il a recueillies, les émissions sanguines n'ont modifié en rien la marche de la maladie, la phlegmasie n'a pas rétrogradé, le

mouvement fébrile a quelquefois diminué d'intensité, mais seulement momentanément. De 2 à 7 ans, dit-il, la rougeole compliquée de pneumonie est presque toujours mortelle.

M. Hourmann (*Revue médicale*, 1837), dans un mémoire sur la pneumonie des enfants, a cité l'observation très curieuse d'un enfant de 2 ans et demi, atteint de pneumonie franche, qui guérit par l'emploi, et peut être malgré l'emploi des saignées générales coup sur coup.

Enfin, MM. Rilliet et Barthez, dans leur monographie de la *pneumonie des enfants*, n'ont pu rien conclure de l'emploi des émissions sanguines dans les nombreux faits qu'ils ont observés, car elles n'ont été employées que chez trois de leurs malades.

En résumé, on voit que les travaux assez nombreux des auteurs sur ce sujet mènent aux conclusions suivantes :

1° La pneumonie est fréquente chez les enfants;

2° La pneumonie franche est rare; il est beaucoup plus commun de voir cette phlegmasie compliquer un état de débilité antérieure, ou des maladies spéciales telles que la rougeole, la variole, la coqueluche ;

3° La mortalité est différente dans les cas de pneumonie franche ou compliquée. Dans le premier il faut établir deux catégories :

Chez les enfants de 2 à 6 ans, grande mortalité;

Chez ceux de 6 à 15 elle est beaucoup moins grande, et chez ceux-ci seulement on peut compter sur l'emploi des émissions sanguines.

Les fièvres éruptives compliquées de pneumonie sont très fréquemment mortelles de 2 à 15 ans. Les émissions sanguines y sont au moins inutiles, sinon nuisibles.

Examinons maintenant les faits que j'ai recueillis, et voyons s'ils confirment de telles conséquences ; nous les considérerons également selon qu'il s'agira d'une pneumonie franche ou bien d'une pneumonie compliquant une maladie générale, ou une coqueluche, un croup, etc., etc.

Considérés en masse, les faits que j'ai à exposer sont nom-

breux, et il semblerait au premier coup d'œil qu'ils pussent se prêter à de nombreuses considérations générales. Cependant ils sont souvent si dissemblables entre eux et soumis à des influences tellement différentes, qu'il faut absolument établir les divisions dont j'ai parlé.

Voici, je crois, ce qu'on peut dire de plus général à cet égard.

Du 1er avril au 1er octobre 1838, il est entré 421 enfants dans les salles de filles de l'hôpital des enfants consacrées aux maladies aiguës, aux dartreuses et aux ophthalmies. 133 y ont succombé. Voici le rapport de fréquence de la pneumonie.

Pneumonies simples, simples en apparence mais sans maladie spéciale, 15 cas. — 11 morts, 4 guéris.

Rougeoles, 39 cas — compliquées de pneumonie 21, dont 1 guéri, 20 morts.

Varioles, 16 cas — compliquées de pneumonie 4 cas, dont 1 guéri, 3 morts.

Scarlatines, 10 cas — compliquées de pneumonie 1 cas, 1 mort.

Fièvre typhoïde, 18 cas — compliquées de pneumonie 2 cas, 2 morts.

Coqueluche, 14 cas — compliquées de pneumonie 5 cas, 5 morts.

Gangrène de la bouche, 6 cas, tous morts — compliquées de pneumonie 3 cas, tous morts.

Rachitisme, 4 cas, tous morts — 2 présentaient une pneumonie.

Affections cérébrales ou médullaires. — 3 pneumonies ont été trouvées sur 28 autopsies.

La méthode générale employée pour combattre la pneumonie dans ceux de ces cas où la phlegmasie semblait être la maladie principale et dominer la scène, a été l'emploi des émissions sanguines, puis les vésicatoires sur la poitrine.

Chez les enfants au dessus de 5 ans et surtout de 8 à 9 ans jusqu'à 15, on combinait les saignées générales aux applica-

tions de sangsues. Ces évacuations étaient en rapport avec l'âge, la force, les antécédents des jeunes malades. La force du pouls, la réaction générale, la chaleur de la peau, l'état des forces servaient à guider dans leur emploi.

Les émissions sanguines n'ont pas été employées chez les enfants qui présentaient une maladie caractérisée par un état adynamique, telles que la gangrène de la bouche, la fièvre typhoïde ; dans les cas enfin où l'affection générale était tout, et dans lesquels la pneumonie ne semblait être qu'un élément, qu'une complication de la maladie : telles sont encore certaines varioles, certaines fièvres typhoïdes, toutes les affections cérébrales.

Enfin je dirai que dans les pneumonies simples, comme dans celles qui compliquaient la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, le rachitisme, elles n'ont point été employées chez les enfants placés dans les mauvaises conditions que j'énumérais tout à l'heure.

Les vésicatoires ont été employés dans presque tous les cas, mais seulement après les émissions sanguines générales ou locales. Ils étaient exclusivement mis en usage lorsque l'état adynamique des enfants s'opposait à l'emploi des saignées ou des sangsues. Il est à peine utile d'ajouter que dans tous les cas on prescrivit en outre les boissons adoucissantes, les tisanes pectorales, les juleps gommeux, des potions calmantes, lorsque l'agitation était trop grande. Dans presque tous les cas enfin, des sinapismes aux extrémités ont été appliqués.

Il est extrêmement difficile d'exprimer, même d'une manière générale, l'influence des émissions sanguines dans la pneumonie simple ou compliquée des enfants ; on peut dire seulement qu'elles ont été au moins inutiles, plutôt nuisibles et fâcheuses. Nous verrons plus bas en particulier leur influence dans chacune des maladies qu'elle complique. Les vésicatoires ont été également nuisibles aux enfants, tant par l'agitation où les jetait la douleur de leur application, que par la débilité amenée

par la suppuration et les ulcères ou les escarres gangréneuses qui sont quelquefois le résultat de ces agents thérapeutiques.

Il est une remarque par laquelle je terminerai ces considérations générales ; c'est que chez les enfants, beaucoup moins facilement encore que chez les adultes, on ne peut connaître la quantité de sang évacuée par les sangsues : on voit assez souvent chez les enfants leurs piqûres être suivies d'un tel écoulement de sang qu'on ne peut l'arrêter qu'avec la plus grande difficulté, et que chez ces jeunes sujets affaiblis et débilités par cet écoulement, l'effet produit est des plus désastreux et sans aucun remède. C'est encore un des inconvénients attachés à l'usage des sangsues, surtout dans un hôpital où le peu de personnes employées est un obstacle à la surveillance que l'on doit apporter à chaque application.

Étudions maintenant chaque maladie en particulier.

§ Ier. — *Des pneumonies simples en apparence, ou survenant chez des enfants qui ne présentent aucun état pathologique antérieur spécial.*

Si on examine avec attention les jeunes sujets chez lesquels débute cette phlegmasie, simple en apparence, on verra, comme je l'ai dit plus haut, que leur état général est loin d'être normal. Le plus souvent existe chez eux une cause prédisposante dont l'action a été de les affaiblir, et qui doit être prise en grande considération dans la thérapeutique de cette maladie. Elle survient en effet chez des enfants pauvres, mal vêtus, mal nourris, soumis à de mauvaises influences hygiéniques, ou bien nés de parents faibles, débiles, qui leur ont transmis par hérédité le germe des maladies dont ils étaient affectés. Souvent ces enfants sont scrofuleux, présentent d'anciennes affections cutanées, sont débilités par des diarrhées anciennes et rebelles. Dans d'autres cas enfin ces pneumonies surviennent chez des sujets dont l'état général, bon à leur entrée, s'est profondément altéré par suite du séjour à l'hôpital. Cette influence pernicieuse pour une cause ou

pour une autre ne peut en effet être niée lorsqu'on voit tous les jours ses terribles effets. Ajoutez enfin à tout cela un fait qui milite en faveur des raisons que je viens de donner, c'est qu'un certain nombre de ces enfants commencent à se tuberculiser.

Quinze malades, comme je l'ai dit plus haut, ont présenté une pneumonie pouvant être rangée dans ce chapitre; chez aucun d'eux elle n'a compliqué une maladie spéciale. Sur ces 15 enfants, 6 parurent être, au début de la maladie, dans un état de santé parfaite ; des 9 autres petites filles, au contraire, les unes étaient faibles, délicates, les autres affaiblies par de mauvaises conditions hygiéniques antécédentes, par des lésions scrofuleuses, des diarrhées chroniques, le séjour prolongé à l'hôpital. Dans ces neuf derniers cas, quelques uns des enfants, comme nous le verrons, ne présentaient pas de tubercules.

Des 6 premiers enfants ayant une bonne santé au début de la maladie, 4 guérirent; les 2 autres succombèrent, et on constata à l'autopsie qu'ils commençaient à se tuberculiser. Les 9 dernières petites filles succombèrent; on trouva des tubercules chez 6 d'entre elles; ils étaient peu avancés. Les 3 qui n'en présentèrent pas étaient dans les conditions suivantes : La première, âgée de 2 ans, était la fille d'une malheureuse femme qui la plaça à l'hôpital; cette enfant, présentant un bon état de santé, fut renvoyée. Sa mère, pour nous obliger à la reprendre, l'exposa un jour à la pluie et au froid; elle contracta une pneumonie et succomba en peu de jours.

La seconde, âgée de 2 ans et demie, était épuisée par un long séjour à l'hôpital et par une diarrhée abondante.

La troisième, âgée de 3 ans et demie, était également depuis longtemps dans les salles, où elle avait été conservée après la convalescence d'une bronchite simple peu intense. De plus, nous remarquerons que chez 2 de ces 3 enfants la pneumonie était lobulaire, et que cette forme paraissant liée à une in-

fluence plus générale, imprime à la phlegmasie un caractère de gravité plus grande.

Des 15 enfants dont nous nous occupons maintenant, 6 étaient au dessus de 5 ans, 9 au dessous; l'influence des saignées et des sangsues fut assez différente dans ces deux classes.

Parmi ces 15 individus, les émissions sanguines n'ont point été employées dans 3 cas : la faiblesse, la débilité, l'adynamie dans laquelle étaient plongés ces enfants s'y opposèrent; mais des vésicatoires furent placés sur la poitrine : ils ne parurent du reste avoir aucune influence sur la marche de la maladie : ces trois enfants succombèrent. Sur les 12 autres, cinq fois on combina l'emploi des saignées générales et des sangsues, en commençant par les premières. Chez les 7 autres on n'employa que des sangsues. Le résultat fut la guérison dans 4 cas (les enfants avaient, il est vrai, plus de 5 ans), et la mort dans les 8 autres.

Chez 3 des quatre premiers la pneumonie était lobaire, bornée à un seul côté, et avait débuté au milieu d'une santé parfaite; chez la quatrième on observa les phénomènes suivants :

L'enfant était âgée de 12 ans 1/2; elle n'avait pas été vaccinée, et avait eu trois ans auparavant une variole intense, dont elle portait les cicatrices indélébiles. Du reste, elle s'en était bien rétablie, et hors cette maladie sa santé avait toujours été parfaite. Elle entra à l'hôpital des enfants, le 7 mai 1837, dans un état grave. La dypsnée était grande, la fièvre intense. La percussion donnait de la matité dans la moitié inférieure des deux poumons à peu près, et l'auscultation un souffle tubaire et de la bronchophonie. D'après le dire de sa mère, cette jeune fille était au quatrième jour de la maladie. Elle était forte, très grasse encore : une saignée de trois palettes fut pratiquée ce même jour, une seconde saignée le 8, cinquième jour, et 16 sangsues, 8 de chaque côté, le 9. Le neuvième jour, 12 mai, on entendit dans quelques points du râle crépitant du côté droit. Un vésicatoire fut appliqué de chaque côté de la poitrine. Le douxième jour la fièvre était peu forte, toute trace de souffle avait disparu. Mais dans la même étendue, le son était encore obscur, et on entendait du râle crépi-

tant fin, parfaitement caractérisé dans la moitié inférieure et postérieure du poumon droit, ainsi que dans le tiers inférieur du poumon gauche. La voix ne présentait aucune altération. La malade resta ainsi un mois à l'hôpital. Les mêmes phénomènes persistèrent du côté du poumon ; il exista également de la toux sans expectoration. Le 13 juin les parents emmenèrent leur enfant pour l'envoyer à la campagne. A son départ elle était dans l'état suivant.

Amaigrissement assez considérable, surtout comparé à son embonpoint lors de son arrivée. La malade se lève, a recouvré sa gaîté. Elle a faim et mange à peu près la demi-portion. Les fonctions digestives sont normales; la respiration l'est également. Elle tousse souvent, surtout le soir; mais cette toux est faible et sans expectoration. Le pouls, le cœur, sont à l'état normal. Les deux poumons ne présentent rien de remarquable à l'auscultation en avant, à la partie latérale antérieure, ainsi que dans la partie postérieure et supérieure. Dans le reste de l'étendue, bornée aux points que j'ai mentionnés plus haut, il y a obscurité du son, mais non matité complète et un râle crépitant fin et sec. Les deux vésicatoires avaient été continuellement entretenus.

Que restait-il là? était-ce une pneumonie chronique, un œdème ou bien une autre altération. Il est difficile de se prononcer.

Examinons maintenant les 8 jeunes malades qui succombèrent :

Dans un cas la maladie sembla céder.

Une petite fille, âgée de 6 ans, était affectée d'une ophthalmie et placée depuis un mois dans la salle Sainte-Elisabeth consacrée à ce genre de maladies. Elle fut prise sans cause connue d'une pneumonie lobaire parfaitement caractérisée; d'abord râle crépitant fin dans quelques points, plus humide dans d'autres; puis ensuite matité et souffle bronchique.

Le troisième jour on pratiqua une saignée de deux palettes. Le quatrième, on appliqua 8 sangsues sur le côté malade, le sixième, un large vésicatoire. Cette pneumonie occupait le lobe inférieur du poumon droit presque entier, sauf le bord antérieur. Le huitième, la résolution commença et se fit complètement. Le seizième, il ne restait plus qu'un peu de râle sous crépitant à la partie tout à fait postérieure et inférieure. Le dix-septième jour, la malade mourut subitement sans convulsions, quelque temps après avoir pris une soupe. Aucune lésion caractéristique des centres nerveux, du cœur ou de la trachée, ne révéla la cause de cette mort subite; on trouva

plusieurs ganglions bronchiques tuberculeux et quelques granulations grises semi-transparentes au sommet et à la partie postérieure du poumon gauche.

Dans les 7 autres cas, les émissions sanguines, ainsi que les vésicatoires, ne parurent avoir aucune influence sur la marche de la maladie.

Ainsi donc sur 11 malades qui succombèrent, nous en avons déjà vu trois présenter des tubercules, cinq autres, dans les sept derniers, en présentaient également. Dans tous ces cas ces produits morbides étaient peu avancés et peu nombreux.

Sur les 11 enfants morts, 2 étaient au dessus de 5 ans et tuberculeux. Les 9 autres étaient au dessous, et 6 seulement étaient tuberculeux.

On peut résumer ainsi l'influence générale du traitement employé contre les pneumonies que nous avons classées dans ce chapitre. Les émissions sanguines ont semblé utiles chez quatre enfants au dessus de 5 ans, et chez lesquels la phlegmasie avait débuté au milieu d'une santé parfaite; la résolution commença du septième au dixième jour. On employa aussi les vésicatoires chez ces quatre malades. C'est donc à ces cas peu nombreux qu'il faudrait réserver l'emploi de ces agents thérapeutiques. Dans les autres les saignées générales et les sangsues furent le plus souvent sans effet; elles diminuèrent quelquefois la force du pouls, quelquefois elles déterminèrent une amélioration locale de la lésion organique (amélioration démontrée par les phénomènes d'auscultation). Mais en général leur influence fut plutôt nuisible : elles augmentèrent la débilité, et semblèrent favoriser dans quelques cas la production d'un engouement bronchique, qui termina la pneumonie de quelques enfants. Les vésicatoires furent également sans effet; je les ai vus quelquefois, par la douleur qu'ils causaient aux enfants, déterminer des cris et une agitation qui pouvait aggraver leur état.

La durée moyenne de la maladie fut de dix jours à peu près dans les cas de mort. Cette évaluation n'est qu'approximative;

car, lorsque la maladie n'a pas débuté sous nos yeux, il est souvent difficile de fixer le début de la pneumonie.

§ II. *Des pneumonies survenant chez des enfants qui présentent quelque état pathologique antérieur.*

Rachitisme. Comme je l'ai dit plus haut, quatre enfants ont succombé présentant un degré avancé de rachitisme. Les os des membres, ceux du thorax, du sternum et de la colonne vertébrale, étaient déformés. De ces quatre enfants, deux ont présenté une pneumonie finale. Chez l'une, âgée de 20 mois, elle était lobaire; chez l'autre, âgée de 2 ans et demi, elle était lobulaire : elle dura quatre jours dans le premier cas, sept dans le second. Chez ces deux enfants on appliqua, au début, huit sangsues sur la poitrine; et le lendemain dans le second cas, la veille de la mort dans le premier, un vésicatoire sur le thorax. Ce traitement n'influença en rien la marche de la maladie; ces deux enfants succombèrent. Ni l'un ni l'autre à l'autopsie ne présentèrent de tubercules.

La cause générale prédisposante sous l'influence de laquelle s'est développée la pneumonie dans ces deux cas est encore une maladie générale dont la faiblesse et l'adynamie est un des principaux caractères; on ne pouvait donc espérer d'avance quelque succès des émissions sanguines.

Phthisie. On peut, comme nous l'avons fait ici, ranger dans deux classes les pneumonies qui surviennent chez les enfants phthisiques. La première a été étudiée dans le chapitre premier, elle comprend les jeunes sujets qui commençaient seulement à se tuberculiser et qui ne présentaient, par exemple, que quelques ganglions tuberculeux, ou quelques granulations. Dans ce cas la pneumonie semble due plutôt à l'influence générale qu'à une autre cause.

Dans une seconde classe on peut ranger les cas assez fréquents dans lesquels, de nombreux tubercules existant dans les poumons, une inflammation du parenchyme vient à se développer soit autour d'eux, soit autour de petites cavernes : il

semble qu'il y ait ici une action de contact, une influence, une irritation mécanique; je ne m'en occuperai pas, car ils regardent plutôt l'histoire de la phthisie pulmonaire; j'énoncerai seulement d'une manière générale les résultats suivants auxquels m'a conduit l'observation de tels faits.

Dans quelques cas de ce genre dans lesquels cette complication existait, et avait déterminé soit une excitation générale, une fièvre plus vive ou une dyspnée plus forte, on employa les émissions sanguines, une saignée générale, par exemple, ou bien une application de sangsues en rapport avec l'âge et la force des petits malades. Constamment ces moyens m'ont paru non seulement inutiles, mais encore nuisibles : ils affaiblissaient les enfants, augmentaient leur prostration, et contribuaient à hâter la terminaison fatale; c'est du moins ce qui m'a semblé très évident chez une des quarante-deux phthisiques qui ont succombé aux progrès de leur maladie, et dont j'ai fait l'autopsie.

§ III. *Pneumonies compliquant une maladie générale aiguë.*

Rougeole. S'il est une maladie qui se complique fréquemment de pneumonie et pour laquelle cette phlegmasie semble affecter une sorte de prédilection, c'est sans contredit la rougeole. Lorsque cette complication se développe, elle attire toute l'attention, domine la scène et joue le principal rôle. D'où vient cette fréquence? On peut se l'expliquer jusqu'à un certain point. En effet, la rougeole est une affection générale contagieuse, caractérisée par une éruption cutanée avec phénomènes d'irritation des muqueuses nasales, oculaires et bronchiques. L'irritation bronchique est souvent la mieux caractérisée, la plus intense; en un mot, il y a bronchite. De la bronchite à la pneumonie il n'y a qu'un pas, soit que l'on admette la transmission par continuité de tissu, soit qu'on l'attribue à la même influence morbilleuse, qui, agissant dans un cas avec plus d'intensité que dans un autre, ou bien d'une autre manière, porte alors son action sur le paren-

chyme pulmonaire. Du reste, M. Delaberge dans son *Mémoire sur la pneumonie lobulaire* a signalé la bronchite comme indispensable dans la production de cette phlegmasie et comme la précédant nécessairement; et bien que d'autres auteurs lui aient refusé une part aussi grande, ils ont du moins reconnu son existence dans presque tous les cas. Eh bien, dans la rougeole, c'est précisément cette forme lobulaire qui est de beaucoup la plus fréquente. Sur 21 cas de pneumonie compliquant cette affection cutanée, 19 fois je l'ai trouvée lobulaire. La pneumonie lobaire n'y est donc qu'une exception. On conçoit parfaitement, d'après cela, que, dans certains cas, la bronchite étant plus intense, ou bien chez des enfants prédisposés, la forme lobulaire puisse se développer.

Enfin, je signalerai un fait bien remarquable qui concourt à prouver la nature spécifique de cette affection, c'est que souvent les symptômes généraux et locaux, et surtout la dyspnée, l'anhélation, sont loin d'être en rapport avec les lésions organiques existantes; on dirait qu'il s'y joint un élément nerveux.

Quoi qu'il en soit, les émissions sanguines peuvent-elles avoir quelque succès contre de telles pneumonies : nous avons vu beaucoup d'auteurs leur refuser cette efficacité; j'ajouterai que le raisonnement ne conduit pas à en espérer beaucoup. En effet, 1° ces pneumonies sont presque toujours lobulaires; 2° elles sont spécifiques et sous l'influence d'une affection générale contagieuse; 3° l'intensité des symptômes n'est pas toujours en rapport avec celle des lésions; 4° tout le danger vient de l'influence générale de la maladie, et les émissions sanguines ne peuvent rien contre la rougeole considérée en elle-même.

Les faits que j'ai à présenter sont nombreux et confirment cette manière de voir.

La pneumonie compliquant la rougeole peut se développer à diverses époques : 1° en même temps que l'éruption, 2° pendant l'éruption, 3° lors de la desquamation, 4° enfin un certain temps après cette dernière période. Dans les trois premiers cas, l'influence de l'affection générale de la contagion ne peut

être niée. Quant au dernier, la pneumonie peut être considérée comme due à la débilité, à l'épuisement qui succède souvent aux fièvres éruptives chez les enfants, et ces phlegmasies reutrent sous ce point de vue dans celles que j'ai étudiées dans le premier chapitre; c'est alors qu'il faut invoquer comme cause de la maladie la persistance de la bronchite chez des individus épuisés, ou bien, sous l'influence de cette débilité, l'action de causes occasionnelles inconnues ou du froid, de l'humidité, du décubitus dorsal, du séjour à l'hôpital. Dans ces derniers cas surtout, on peut déjà prévoir, avec l'existence de cette débilité et de cet épuisement, le peu d'influence probable des émissions sanguines. Ici on a employé spécialement les sangsues, car il s'agissait d'une phlegmasie locale déterminée par l'influence d'un état général de l'économie, et on pouvait espérer plus d'utilité de l'emploi des moyens locaux.

Examinons maintenant les faits que j'ai observés.

Sur 421 malades, il y a eu, comme je l'ai dit, 59 rougeoles: 21 se sont compliquées de pneumonies, et, de ces 21, 20 sont mortes; 5 se sont compliquées de bronchite, une seule est morte. Sur ces 21 cas de pneumonie, 15 ont débuté soit en même temps, soit pendant l'existence de l'éruption; une d'elles est passée à l'état chronique, et l'enfant n'a succombé que six semaines après. Les 6 autres ont ainsi débuté:

La première, immédiatement après la desquamation; la seconde, 5 jours après; la troisième, 9 jours; la quatrième, 1 mois; la cinquième, 2 mois. Les 5 bronchites ont débuté en même temps que l'éruption; chez la jeune fille qui y succomba, la maladie ne dura que 48 heures.

Examinons maintenant dans quelles circonstances les émissions sanguines ont été prescrites. Sur les 21 cas de pneumonie, elles n'ont pas été employées dans les cinq cas suivants:

1° M. Jadelot voulut essayer le tartre stibié.—L'enfant succomba également.

2° L'enfant était atteint d'une rougeole hémorrhagique et dans un état adynamique.

3° Dans le cas de pneumonie chronique que j'ai cité plus haut.

4° Dans un cas de rougeole compliquée d'un état typhoïde.

5° Enfin dans un cas où la faiblesse de la malade était trop grande; elle était déjà épuisée et amaigrie avant le début de la rougeole.

Les 21 cas étaient ainsi répartis pour l'âge : 12 enfants n'avaient pas encore 5 ans; 4 avaient 6 ou 7 ans (2 de chaque); 5 étaient plus âgés.

Les 5 cas de bronchite étaient ainsi répartis : une petite fille était âgée de 3 ans et demi; deux de 4 ans; une de 7 ans et demie; la dernière de 9 ans.

Dans les cas où les émissions sanguines ont été employées, on a quelquefois pratiqué des saignées générales; c'est ce qui avait lieu lorsque l'enfant était âgé de plus de 5 ans, sa santé antérieure bonne, la réaction générale intense, la peau brûlante, le pouls développé et fort. Quatre fois il en fut ainsi. Dans un de ces quatre cas on employa les saignées coup sur coup : en voici l'observation.

Joséphine B.... âgée de 13 ans a été amenée à l'hôpital des enfants, salle Ste-Catherine, le 6 juin 1837. Cette malade, d'origine allemande et parlant à peine français, ainsi que ses parents, n'a pu donner que peu de renseignements sur son état de santé antérieure. Huit jours avant son entrée, elle avait eu une rougeole assez intense, qui avait bien suivi son cours. Mais après la disparition de l'éruption qui eut lieu le 2 juin, la malade ne se rétablit pas, elle continua à présenter une forte toux, une grande oppression, de la diarrhée et une fièvre continuelle. Le 6 juin, elle est dans l'état suivant.

La respiration est gênée, haletante, 44 inspirations par minute. Toux forte, fréquente, se montrant par quintes. La percussion ne donne pas de matité. A l'auscultation des deux côtés de la poitrine en arrière, et dans les 2/3 inférieurs à peu près, on entend un râle crépitant un peu gros, un peu humide, se rapprochant assez du sous-crépitant. L'expectoration est nulle. La langue rouge, sèche, fendillée, la soif vive ; un peu de diarrhée; abdomen souple, non douloureux à la pression, fièvre intense. Le pouls est fort, vibrant,

110 pulsations par minute ; peau chaude, brûlante. (Deux saignées de deux palettes chacune, une le matin à 10 heures, l'autre, le soir à 4 heures. Looch blanc. Sinapismes aux extrémités. Tisane pectorale.)

Le 7 juin, l'état est à peu près le même. 48 inspirations par minute : elles sont bruyantes, la malade est haletante. La fièvre est aussi intense, le pouls aussi fort, mais plus fréquent (130 pulsations par minute). La peau toujours brûlante. Râle sous-crépitant dans les 2/3 inférieurs et postérieurs de chaque poumon. On y distingue avec un peu d'attention du souffle bronchique disséminé, spécialement dans les trois points suivants : à la partie médiane et un peu latérale du lobe inférieur du poumon droit, et deux autres dans le poumon gauche ; un tout à fait à la partie postérieure et inférieure, un autre à la partie supérieure et médiane du même lobe. Ces points sont bornés et circonscrits. La face est injectée, les yeux brillants, le decubitus dorsal. La malade se plaint beaucoup de céphalalgie frontale et de frissons qui lui font claquer les dents. Deux nouvelles saignées de deux palettes chacune sont encore pratiquées, une le matin, une le soir.

8 et 9 juin. Ces quatre saignées n'ont eu aucune heureuse influence. La gêne de la respiration, l'anhélation, sont toujours aussi grandes (50, 52, 54 inspirations par minute). La poitrine se dilate avec force ; les ailes du nez s'élargissent ; le pouls est aussi fort, aussi fréquent. Le 8 juin, application de 20 sangsues, 18 de chaque côté de la poitrine. Le 9, une sixième saignée de 2 palettes est pratiquée.

10 juin. A la suite d'une thérapeutique aussi active, la malade présentait un léger mieux. 46 inspirations par minute. Des deux côtés de la poitrine, en arrière et latéralement, toute trace de souffle bronchique a disparu. On entend partout du râle sous-crépitant, ou presque muqueux. La peau est aussi chaude, aussi brûlante, mais le pouls moins fort, moins fréquent : 104 pulsations au lieu de 130. La malade est pâle, abattue ; elle peut à peine répondre, soulever ses membres ; la débilité est extrême, la voix faible, à demi éteinte. Decubitus dorsal. A dater de ce jour, on administre la potion suivante qui a été continuée jusqu'à la mort. (Julep gommeux, 4 onces. Eau distillée de fleurs d'oranger, 1 onces. Tartre stibiée, 6 grains.)

L'amélioration, mais très légère, a continué à se soutenir jusqu'au 13 au soir, mais la malade était toujours pâle, très abattue, le pouls large, mou, battant 110 pulsations par minute. La peau chaude, la

respiration toujours gênée (38 inspirations par minute). Râle muqueux des deux côtés de la poitrine en arrière et latéralement. Aucun vomissement n'a été amené par l'emploi du tartre stibié. La langue reste toujours sèche, aride, rouge, la soif plus vive depuis l'emploi de cet agent. Lèvres légèrement fuligineuses. Diarrhée peu intense.

14. L'état de la malade s'est beaucoup aggravé, et l'amélioration due aux émissions sanguines a disparu sous l'influence apparente d'un violent orage survenu la veille au soir. Cette exaspération a-t-elle été spontanée, ou la suite d'un refroidissement, ou de l'état électrique de l'atmosphère? on ne peut le dire, mais le 14, à la visite, elle parut beaucoup plus malade et présentait l'état suivant.

Langue rouge, fendillée, couverte, ainsi que toute la bouche, d'un mucus blanchâtre, visqueux. Soif vive; deux à trois vomissements pendant la nuit. Nulles douleurs épigastriques ou abdominales à la pression; mais la diarrhée est augmentée, la respiration, plus gênée, plus haletante, est bruyante : (58 inspirations par minute). La toux, dont la force et la fréquence étaient diminuées les jours précédents, me paraît plus forte. Dans toute l'étendue de la poitrine même en avant, on entend partout un râle muqueux extrêmement abondant, ce qui indique un engouement bronchique général. La malade est dans le decubitus dorsal, abattue, prostrée, n'a plus la force de se mettre à son séant et répond avec peine et d'une voix traînante, demi-éteinte, aux questions qu'on lui adresse. La peau est brûlante, sèche. Le pouls fort, 120 pulsations par minute.

(Potion stibiée avec 6 grains d'émétique. 2 vésicatoires, un sur chaque côté de la poitrine. Sinapismes.)

Le 15 et le 16 juin n'ont été qu'une longue agonie. La malade, couchée, immobile dans son lit, pâle, haletante, ayant eu chaque jour cinq à six vomissements, avait à peine sa connaissance. Un râle muqueux, trachéal et bronchique, s'entendait à distance. Elle expira le 16 juin à 9 heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. La chaleur est très forte.

Les téguments des parties supérieures présentent une teinte verdâtre très prononcée. Le cadavre répand une odeur fétide.

Quantité médiocre de sang dans les sinus et les veines; de la convexité, infiltration peu considérable du tissu sous-arachnoïdien. La pie-mère, l'arachnoïde, sont saines. Il en est de même de toutes les parties du cerveau. Une cuillerée de sérosité transparente à peu près dans chaque ventricule.

Nulles adhérences entre les deux feuillets des plèvres, nul épanchement dans leur cavité.

Larynx et trachée. — La coloration et la consistance de leur muqueuse est normale.

Ces canaux ainsi que toutes les bronches sont complètement remplis de mucosités blanches, jaunâtres, assez visqueuses, mais spumeuses.

Bronches. — Depuis les moyennes jusqu'aux plus petites, injection vive, intense, générale, mais sans altération de consistance de la muqueuse. A défaut de comparaison, il est difficile de l'affirmer d'une manière absolue.

Poumons.—Les deux poumons, dans toute leur moitié postérieure, sauf toutefois au sommet qui est complètement sain, présentent une altération analogue, mais peu intense, ainsi caractérisée : aspect marbré à la section ; ces marbrures sont en général peu étendues, de couleur jaune et rouge, ce qui indique un mélange de parties saines et de parties encore un peu gorgées de sang. En un mot, c'est une pneumonie lobulaire mamelonnée, parvenue à un état de résolution presque complet. Ecoulement de sérosité spumeuse sanguinolente à la section, mais mêlée de mucus purulent qui s'échappe des tuyaux bronchiques coupés. Le tissu marbré est parfaitement souple, crépitant, et surnage très bien dans l'eau.

Aucune granulation, aucun tubercule dans les deux poumons et les ganglions bronchiques.

Bouche, pharynx. — Légèrement rouges. Mucosités viscoso-spumeuses dans leur intérieur.

Œsophage. — Sain, pâle. Nulle ulcération.

Estomac. — Rougeur du grand cul-de-sac. Nul ramollissement. Il présente des rides. Peu de liquides y existe.

Intestins grêles. Paleur générale de la muqueuse. Elle a sa consistance normale. Aucune plaque visible, aucun follicule isolé, développé ; il en est de même des gros intestins.

Aucun ganglion mésenterique n'est altéré.

Etat sain du cœur, du foie, de la rate et des reins.

Dans cette observation, les émissions sanguines paraissaient indiquées ; sous leur influence la pneumonie a semblé se résoudre, mais elles ont laissé la jeune malade dans un état anémique et adynamique très prononcé. Quelle a été la cause de la mort ? Est-ce un engouement bronchique pro-

duit sous l'influence de la débilité générale, ou bien est-elle due à une bronchite qui est venue compliquer la phlegmasie presque dissipée, et qui a pris facilement naissance chez un enfant ainsi épuisé? C'est ce qu'on ne peut décider par la seule injection des bronches; mais nul doute que l'état général n'ait exercé une influence sur la terminaison fatale. Chez les trois autres enfants chez lesquels les saignées générales furent aussi employées, on arriva aux résultats suivants :

Chez une d'elles la maladie prit une forme adynamique, l'enfant succomba : on n'avait employé que deux saignées.

Chez les deux dernières, également au dessus de 5 ans, on employa d'abord une saignée générale, puis ensuite des sangsues.

Quant aux onze autres enfants traités par les émissions sanguines locales, on employa les sangsues que l'on proportionnait pour le nombre à l'état local de la phlegmasie pulmonaire et à l'état apparent des forces; on les répétait quelquefois deux et même trois fois.

Si nous examinons maintenant quelle a été l'influence des émissions sanguines, nous verrons que dans quelques cas elles parurent diminuer la force et la fréquence du pouls; pour la dyspnée, elle resta la même, et fut souvent même augmentée au lieu de diminuer. Quant à l'influence générale, la maladie continua presque toujours à marcher, et dans le seul cas de guérison complète que nous ayons obtenu, la résolution commença seulement du 12° au 15° jour.

Dans tous ces cas, sauf 4 chez lesquels on ne les a pas employés, soit à cause de l'arrivée tardive des enfants à l'hôpital, soit pour d'autres raisons que je ne me rappelle pas, et que je n'ai pas signalées dans mes notes, les vésicatoires ont été prescrits; un ou deux selon que la pneumonie siégeait d'un seul ou des deux côtés.

De même que dans les pneumonies que nous avons examinées dans le premier chapitre, on ne les employait qu'après les émissions sanguines, et on les entretenait jusqu'à la mort. Leur in-

fluence a du reste été la même que dans celles-ci. Elles m'ont semblé quelquefois diminuer momentanément l'intensité de la dyspnée.

Voici du reste le résultat de l'emploi combiné de ces deux moyens sur les 21 pneumonies. Les 5 qui n'ont pas été traitées par les émissions sanguines ont succombé ; dans 3 de ces cas on avait employé les vésicatoires. Quant aux 16 autres, dans 12 cas la maladie marcha sans qu'il y eût d'amélioration ; dans 2 cas, une amélioration légère eut lieu, mais la mort arriva cependant. Ces moyens semblèrent prolonger un peu la durée de la maladie : 18 jours dans l'un, un mois dans l'autre. Dans les deux derniers une fut guérie complètement, l'enfant était âgée de 4 ans ; l'autre est celle dont j'ai rapporté plus haut l'observation complète.

Dans les 5 cas de bronchite, où l'on employa les sangsues, 4 guérirent; une âgée de 3 ans et demi succomba en 48 heures.

On ne peut comparer le durée de la maladie dans les cas où les émissions sanguines furent employées et dans ceux où elles ne le furent pas : les faits ont été trop différents pour que l'on puisse tirer quelque conclusion utile de cette comparaison. Je dirai seulement que dans les 20 pneumonies (je ne compte pas le cas de pneumonie chronique), la durée moyenne de la maladie fut de 9 jours à peu près. En résumé, l'influence de l'emploi combiné des émissions sanguines et des vésicatoires a été moins heureuse encore que dans les pneumonies que nous avons examinées dans le premier chapitre. La terminaison par la mort a été extrêmement fréquente. Ces moyens ont semblé épuiser les malades, les prostrer davantage. Ont-ils hâté le terme de la mort ? C'est une question délicate et très difficile à résoudre ; je n'oserais l'affirmer, mais je ne suis pas loin de le penser.

L'âge n'a pas paru exercer une grande influence ; le seul cas de guérison eut lieu chez une enfant de 3 ans et demi. Chez une autre âgée de 13 ans, l'emploi des saignées répétées eut un résultat fâcheux éloigné ; j'en ai déjà parlé plusieurs fois.

Si pour expliquer ces résultats on voulait encore invoquer

d'autres influences que celles bien suffisantes selon moi de la rougeole et de ses suites, peut-être faudrait-il tenir compte aussi de l'état de débilité ou des maladies chroniques préexistantes au début de la rougeole, et de la condition suivante, savoir que, sur les 20 autopsies de pneumonies compliquant la rougeole, dont je présente ici les résultats, 8 enfants présentaient des tubercules commençants ou peu avancés; que les 13 autres n'en présentaient point.

Scarlatine. — La scarlatine se rapproche beaucoup de la rougeole, et ce que j'ai dit dans le chapitre précédent pourrait à beaucoup d'égards être répété dans celui-ci. Les fièvres éruptives de cette espèce que j'ai observées étant beaucoup moins nombreuses, j'en exposerai brièvement le résultat : 10 enfants affectées de scarlatine ont été soumises à mon observation. Cette affection, développée chez une jeune fille âgée de 7 ans et demi, s'est compliquée d'une bronchite intense ; on fit une seule application de sangsues; la petite malade traîna quelque temps, mais ensuite se rétablit complètement. Dans un autre cas la scarlatine s'est compliquée de pneumonie lobulaire. Voici le fait en peu de mots :

Une petite fille, âgée de 3 ans 1/2, ayant toujours joui d'une bonne santé, entra à l'hôpital des enfants pour un léger écoulement vaginal. Quinze jours après, au milieu du mois de juillet 1837, elle y contracta la scarlatine. Cette éruption se compliqua dès le début d'une angine extrêmement intense, pour laquelle on appliqua six sangsues au devant du cou. L'éruption se fit mal ; le quatrième jour, il en restait encore des traces, on constata l'existence d'une pneumonie. Le cinquième, cette phlegmasie était beaucoup plus caractérisée ; on fit appliquer cinq sangsues de chaque côté de la poitrine et un vésicatoire au devant du larynx, car la pharingo-laryngite était intense. Le huitième jour, l'enfant succomba, autant par suite de l'angine que de la pneumonie. Les accès de dyspnée furent portés au plus haut point, le septième jour et le huitième. Elle périt asphyxiée. On constata à l'autopsie l'existence d'une double pneumonie lobulaire peu étendue et peu avancée.

Variole. — Cette maladie est une affection générale beaucoup plus grave que les précédentes que nous venons d'étudier,

et les phlegmasies qui la compliquent lui empruntent une grande partie de cette gravité. Du reste, l'état général et l'éruption cutanée absorbant toute l'attention, et dans la conviction où l'on est de l'inutilité presque complète des émissions sanguines dans ces phlegmasies, on ne les emploie pas fréquemment. J'ai observé seize cas de variole : huit enfants y ont succombé. Chez trois d'entre eux on trouva une pneumonie ; il s'en développa également une chez un enfant qui guérit. Ainsi, quatre fois la variole se compliqua de pneumonie; une seule fois on employa les sangsues, l'enfant succomba. Une seule fois également on fit appliquer un vésicatoire du côté malade, et on administra du tartre stibié, cet enfant guérit. Dans les deux autres cas, la maladie fut abandonnée à elle-même, et les jeunes sujets succombèrent.

Sur les trois autopsies des enfants morts de variole et chez lesquels existait une pneumonie, deux fois cette phlegmasie fut trouvée lobaire; dans le troisième cas, chez un enfant de 4 ans, elle était lobulaire. Il n'existait que quelques noyaux isolés d'hépatisation qui ne furent pas diagnostiqués pendant la vie. La pneumonie qui guérit était lobaire; elle occupait une partie du lobe inférieur du poumon droit; sa résolution commença le neuvième jour à peu près. La convalescence de la variole fut longue. Il se développa plusieurs abcès sous cutanés, et une ophthalmie qui se termina par une opacité presque complète de la cornée de l'œil gauche.

Tous ces enfants étaient âgés de plus de cinq ans, et des trois qui succombèrent avec une pneumonie, un seul présentait des tubercules peu nombreux et peu avancés.

Fièvre typhoïde.— L'étude de la variole nous conduit à celle de la fièvre typhoïde avec laquelle elle a plus d'un rapport. Je n'en dirai ici que peu de mots, et seulement pour rendre complet le tableau des observations de pneumonie que j'ai recueillies. J'ai observé dix-huit fièvres typhoïdes ; huit étaient peu graves ; sur ces dix-huit cas, cinq enfants ont succombé. Chez deux d'entre eux il existait une pneumonie lobaire. Les émis-

sions sanguines n'ont pas été employées pour combattre cette phlegmasie. Dans l'un de ces cas, l'enfant avait été saignée deux fois au début de la fièvre typhoïde, la pneumonie ne survint qu'ensuite.

Gangrène de la bouche. — J'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, six gangrènes de la bouche pendant mon séjour à l'hôpital des enfants. Ces six cas furent suivis de mort. Dans trois on ne trouva aucune trace de phlegmasie, dans deux existait une pneumonie lobaire, dans le sixième enfin, une pneumonie vésiculaire. Nous ne parlerons donc que de ces trois derniers.

Dans l'un des deux premiers cas dans lesquels on trouva une pneumonie, l'enfant ne succomba que deux mois après le début de la gangrène. Cette affection occupait la partie médiane du menton, en laissant intacte toutefois une petite partie du bord libre de la lèvre inférieure. On circonscrivit l'escarre en cautérisant les bords avec de l'eau régale; cette escarre tomba, ainsi qu'un fragment nécrosé du maxillaire inférieur qui ne se détacha complétement que 15 jours avant la mort. L'ulcère qui résulta de cette perte de substance se cicatrisa peu à peu, et il était presque complétement guéri lorsque la malade, âgée de 4 ans, succomba à une pneumonie chronique de tout le lobe inférieur du poumon droit. Cette phlegmasie, comme l'ont démontré les phénomènes d'auscultation et de percussion, datait du début de la gangrène. La pneumonie, dont le développement est si fréquent dans cette maladie, se rattache facilement à la cause indiquée dans les autres maladies que nous avons précédemment étudiées, car il y alà une affection déterminée par un état adynamique général. Quelles sont, en effet, les causes de cette gangrène? Ce sont, comme on peut s'en convaincre en parcourant les observations publiées sur ce sujet, les mauvaises conditions hygiéniques, une alimentation insuffisante, une habitation humide, malsaine, etc.; mais la plupart de ces désorganisations reconnaissent surtout pour cause, pour point de départ, une des fièvres éruptives dont nous venons de nous occuper, les-

quelles ayant sévi à une époque antérieure, mais peu éloignée du début de cette affection, ont agi en débilitant, en épuisant l'organisme. Sur les six cas de gangrène que j'ai observés, quatre étaient la suite de rougeole et deux de variole. L'état général était donc changé et présentait les conditions que nous avons précisément reconnues comme causes prédisposantes de la pneumonie chez les enfants. On s'explique ainsi comment cette phlegmasie complique aussi fréquemment les affections gangréneuses. Le même raisonnement nous conduit à prévoir le peu d'utilité probable des émissions sanguines dans de telles pneumonies. Du reste, l'état dans lequel se trouvaient les trois enfants dont je parle maintenant, s'opposa à ce que les saignées ou les sangsues fussent employées. Dans le cas de pneumonie chronique on fit appliquer un vésicatoire qui suppura jusqu'à la mort.

De ces six enfants morts de gangrène, un seul était tuberculeux (il existait chez celui-là une pneumonie). L'enfant qui était affecté de pneumonie chronique présenta des altérations sur la nature tuberculeuse desquelles il n'y eut pas certitude complète.

Les trois enfants qui succombèrent à la gangrène sans présenter de traces de pneumonie étaient âgés de 4 ans, 6 ans et 5 ans. Les trois autres présentaient les âges suivants :

1er Pneumonie vésiculaire, 3 ans.
2e Pneumonie lobaire aiguë, 3 ans.
3e Pneumonie lobaire chronique, 3 ans et demi.

Coqueluche. Sur 421 malades, il y eut 12 jeunes filles atteintes de coqueluche; cinq fois cette affection s'est compliquée de pneumonie, et les cinq enfants sont morts.

L'influence de la coqueluche sur la production de la pneumonie s'explique assez facilement, soit qu'on adopte l'opinion des auteurs qui n'y voient qu'une bronchite, soit qu'on pense avec d'autres que cette maladie n'est qu'une affection nerveuse. Dans ces deux cas il est un fait qu'on ne peut nier, c'est que l'inflammation d'une partie des canaux bronchiques, qu'elle soit

primitive ou secondaire, est presque toujours un des éléments de la maladie. On conçoit alors l'extension de la phlegmasie au parenchyme pulmonaire; du reste, c'est encore ici une des applications des idées plusieurs fois émises dans le cours de ce travail. Car la bronchite précède la pneumonie lobulaire dans un très grand nombre de cas, et la phlegmasie du poumon se produit presque toujours sous cette forme dans la coqueluche.

La pneumonie peut venir compliquer la coqueluche lorsque cette affection est encore à son début. Dans d'autres cas, elle ne se développe que plus tard lorsque les jeunes enfants sont déjà affaiblis, débilités par l'existence de cette affection. Cette dernière assertion ne manque pas de preuves: on voit souvent, lorsque la coqueluche dure depuis un certain temps, les enfants s'affaiblir, maigrir, et des tubercules se développer quelquefois même sous cette influence; car à la débilité générale vient se joindre l'irritation causée à chaque instant dans les voies respiratoires par la répétition plus ou moins fréquente des quintes. J'ai pu constater de tels effets chez une enfant. Cette jeune fille âgée de 6 ans, était depuis trois mois à l'hôpital pour une coqueluche contre laquelle avaient échoué les sangsues, les opiacés, et le sirop de belladone; elle s'affaiblissait, maigrissait; et bien qu'il n'y eût encore aucun signe local, on pensa que cette enfant se tuberculisait. Elle fut prise assez rapidement de pneumonie lobulaire, et malgré deux applications de sangsues, la petite malade succomba le cinquième jour. Outre les lésions phlegmasiques du parenchyme pulmonaire, on constata, à l'autopsie, des tubercules qui commençaient à se développer.

La nature spécifique de la coqueluche, l'élément nerveux qui joue aussi un si grand rôle dans cette maladie, la forme lobulaire de la pneumonie, la débilité des sujets chez lesquels elle se développe souvent, devaient faire peu espérer des émissions sanguines; ce fut en effet ce qui arriva, comme nous le voyons.

Des pneumonies compliquant les coqueluches que j'ai observées, trois ont débuté au bout d'un certain temps d'existence de l'affection bronchique, de un à trois mois; les deux autres

se développèrent pendant la première période ou au commencement de la seconde. Chez trois des cinq jeunes malades on employa les émissions sanguines; les deux suivantes ne furent pas traitées par la même méthode : l'uue était une enfant âgée de 4 ans qui succomba au milieu des convulsions : on trouva à l'autopsie quelques noyaux d'hépatisation qui n'avaient pas été diagnostiqués. L'autre était une petite fille âgée de 5 ans et demi, qui fut amenée à l'hôpital avec une pneumonie trop avancée, et dans un état général trop grave pour qu'on pût employer les émissions sanguines; deux vésicatoires lui furent cependant appliqués sur la poitrine.

Des trois jeunes malades chez lesquelles on combattit la pneumonie par des émissions sanguines, l'une avait 6 ans, l'autre 7 ans, la dernière 4 ans.

J'ai analysé le premier cas plus haut, leur influence y parut absolument nulle, la maladie marcha très rapidement.

La seconde petite fille était âgée de 7 ans. La pneumonie fut lobulaire et vint compliquer une coqueluche intense. Une saignée fut pratiquée le deuxième jour, une seconde le troisième, et le cinquième on appliqua les vésicatoires. La force du pouls, la chaleur de la peau, la fièvre enfin, parurent diminuer; la maladie continua cependant à marcher, et la jeune malade succomba le onzième jour.

La troisième, âgée de 4 ans, était déjà affaiblie, débilitée par une coqueluche dont le début datait de sept semaines. La phlegmasie dura quinze jours; on la combattit par deux applications de sangsues et par l'emploi des vésicatoires. On administra également pendant les huit derniers jours une potion gommeuse contenant d'abord deux grains de kermès, puis ensuite trois, dose à laquelle on s'arrêta. L'influence de ces moyens thérapeutiques fut nulle.

On peut conclure de ces faits que les émissions sanguines n'ont pas été plus heureuses dans les coqueluches compliquées de pneumonie, que dans les autres maladies dans le cours desquelles cette phlegmasie peut également survenir. J'aurais

pu ajouter à cette liste un cas de pneumonie lobulaire douteuse observée chez un enfant de 8 ans et guérie sans émissions sanguines. Mais la présence du seul râle sous-crépitant à bulles assez grosses, et l'absence complète du souffle, bien que cependant la dyspnée et les symptômes généraux eussent une intensité assez grande, m'ont fait hésiter à la ranger dans cette classe. Je signale seulement ce fait.

Croup. La pneumonie lobaire, mais plus souvent la pneumonie lobulaire, peut compliquer le croup, surtout quand cette affection s'est étendue aux bronches. L'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse rend facilement compte du développement de cette phlegmasie, mais doit faire supposer aussi qu'on ne peut attendre qu'un bien faible succès de l'emploi des émissions sanguines pour combattre la maladie spécifique.

Je n'ai observé qu'un seul cas de croup à l'hôpital des Enfants. La jeune fille, âgée de 9 ans et demi, fut amenée dans cet établissement, le huitième jour de la maladie, dans un état extrêmement grave. Bien qu'on pensât que l'affection pseudo-membraneuse se fût étendue aux bronches, on se décida à pratiquer la laryngo-trachéotomie à l'instant où la malade était dans un état tel, qu'on craignait à chaque instant de la voir expirer. L'opération réussit; les symptômes diminuèrent beaucoup d'intensité; la malade expira cependant trente heures après, au milieu d'un calme assez grand; elle fut suffoquée par une pseudo-membrane fort étendue qui se détacha de la trachée par son extrémité supérieure et vint en obstruer complétement le calibre. On trouva à l'autopsie, outre les fausses membrane siégeant dans toute l'étendue de la trachée et des bronches, une pneumonie lobulaire double. Elle était mamelonnée, très disséminée; son existence n'avait été que soupçonnée. Elle ne fut pas combattue par des émissions sanguines générales ou locales directes. On avait seulement appliqué trois fois des sangsues au devant du larynx pendant les quatre jours qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital.

Affections cérébrales et médullaires. — Je répéterai seulement ce que j'ai dit autre part. Sur 18 cas de meningite aiguë, j'ai trouvé une fois une hépatisation rouge presque complète du lobe inférieur, et, dans un autre cas, des traces d'inflammation au premier et au deuxième degré du parenchyme pulmonaire autour de tubercules crus, ramollis, ou de petites cavernes. J'ai trouvé également une pneumonie lobaire dans un cas de ramollissement de la moelle.

Le développement d'une pneumonie finale sous l'influence de maladies générales si graves et si souvent caractérisées par une adynamie profonde, n'a rien qui doive surprendre, et se rattache aux idées émises déjà plusieurs fois dans le cours de ce travail. Dans ces trois cas aucun traitement spécial n'a été dirigé contre la phlegmasie pulmonaire.

Après avoir examiné les maladies assez nombreuses que la pneumonie peut compliquer chez les enfants surtout, je devrais peut être en tirer quelques conclusions; mais je craindrais qu'on ne m'adressât le reproche d'avoir voulu poser des lois déduites d'un nombre de faits peu considérable. Telle n'a pas été cependant ma pensée, et ce travail n'est nullement destiné à nous conduire à blâmer telle ou telle pratique médicale; mon intention seulement a été de présenter le tableau des faits que j'ai observés sous le rapport de la terminaison, de l'étiologie et de la thérapeutique de la pneumonie simple et compliquée des enfants, et d'en tirer non pas des conclusions absolues ou bien des lois, comme on veut encore les appeler, mais des conclusions qui soient le résultat seul des observations que j'ai recueillies. Ce sont des matériaux qui contribueront peut-être à éclairer la question si difficile de l'emploi des émissions sanguines dans les phlegmasies pulmonaires, et spécialement chez les enfants.

1° La pneumonie survient rarement chez des enfants dans un état parfait de santé.

2° Elle se développe le plus souvent chez des jeunes sujets,

affaiblis par des maladies antérieures ou élevés au milieu de circonstances hygiéniques défavorables.

3° Elles se produisent encore sous l'influence directe de maladies aiguës dont le caractère est adynamique et spécifique.

4° L'état général de l'économie ou la nature des maladies qui se compliquent de pneumonie fait prévoir le peu d'influence des émissions sanguines.

5° Dans la première classe où nous avons étudié les pneumonies simples en apparence, nous voyons celles-là seules qui ont débuté chez des enfants au dessus de 5 ans et en bonne santé, être suivies de guérison.

L'âge, en effet, a une grande influence sur la gravité de la pneumonie et sur son traitement. De 2 à 5 ans, elle est et plus fréquente et plus grave. Au dessus de cet âge elle est plus rare et cède beaucoup plus facilement à l'emploi des émissions sanguines.

6° Les pneumonies compliquant la rougeole sont le plus souvent mortelles. Nous avons eu la proportion effrayante de 20 morts sur 21 cas.

7° Il en est de même dans les autres maladies que j'ai étudiées; il serait inutile de retranscrire ici les conclusions que j'ai tirées à la fin de chaque chapitre.

Quant à décider la question de savoir si l'emploi des émissions sanguines a été plus utile que nuisible, et si, par exemple, la mortalité n'eut pas été plus grande et la durée de la maladie plus longue sans elles, il est difficile de se prononcer d'une manière absolue. Je ne puis que formuler ici une opinion dubitative. Je pense en effet que les émissions sanguines générales ou locales employées chez les enfants affectés de pneumonie ont eu pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie.

Si je compare la mortalité dans les faits que je présente avec celle des relevés de MM. Barthez et Rilliet, je la trouve beaucoup plus grande dans les premiers. Ce résultat ne confirmerait-il

pas l'opinion que je viens d'émettre. Du reste, malgré ma conviction presque complète, je ne l'affirmerais pas positivement.

(Toutes les observations sur lesquelles est basé ce travail ont été recueillies exclusivement chez des filles. Je ne puis donc donner aucun résultat sur l'influence des sexes.

DES ALTÉRATIONS DU SANG DANS L'AFFECTION GRANULEUSE DES REINS (MALADIE DE BRIGHT);

Par ROBERT CHRISTISON, *président du collége royal de médecine d'Édimbourg, professeur de matière médicale et de clinique à l'université d'Édimbourg* (1).

Les altérations du sang dans l'affection granuleuse des reins ne sont pas moins remarquables que celles de l'urine. Dans la première période, quand les symptômes se présentent sous la forme aiguë (et c'est alors seulement qu'on peut examiner le sang au début), ce liquide offre presque toujours les caractères de l'inflammation; il forme un caillot épais, solide, avec une couenne dont les bords sont relevés. Le sérum est d'ordinaire un peu lactescent et cède à l'éther sulfurique agité avec lui une petite quantité d'une matière concrète, huileuse, qui semble peu différer de la graisse du tissu cellulaire.

La plus notable altération du sérum est une grande diminution de densité, ainsi qu'une réduction analogue de ses éléments solides. Cet état du sérum, constaté d'abord par le docteur Bostock, m'a paru constant au début, et, sauf quelques exceptions, il semble propre à cette première période. Cette réduction est variable suivant les cas, mais toujours elle est considérable; en effet la densité, qui est à l'état normal entre 1029 et 1031, est dans l'affection granuleuse rarement au dessus de 1022, souvent

(1) Voir dans le numéro suivant l'analyse complète de l'ouvrage dont nous donnons ici un chapitre.

à 1020, et parfois même à 1017; les éléments solides, au lieu d'être dans la proportion de 100 à 102 sur 1000, ne sont plus qu'à 68, 64, ou même 61. La réduction, autant que j'en puis juger approximativement, paraîtrait porter également sur les sels et sur l'albumine : elle se montre seulement quand l'urine est fortement albumineuse, mais alors constamment. Par suite de cette perte de son albumine, le sérum est peu coagulable par la chaleur (1).

Un changement non moins notable dans la composition normale du sérum est la présence d'une grande quantité d'urée. On le trouve dans le sérum à toutes les périodes de la maladie, quand son émission quotidienne par l'urine est matériellement diminuée et réduite à un tiers de sa quantité normale. Aussi le découvre-t-on d'ordinaire dans la première période de la maladie, pourvu que des causes accidentelles n'aient pas considérablement augmenté la quantité moyenne des urines à cette époque. Mais si l'urine est émise en quantité aussi grande que dans l'état de santé, et, à plus forte raison plus grande, l'urée ne saurait être découverte d'une manière satisfaisante, quoiqu'on puisse reconnaître des traces de son existence. La plus sûre méthode de l'extraire est d'évaporer le sérum à siccité parfaite au bain-marie, de faire bouillir le résidu pulvérulent dans de l'alcool pur à 796°, de retirer l'alcool, de dissoudre le résidu dans de l'eau qu'on filtrera ensuite à travers un filtre préalablement mouillé, afin de séparer la matière grasse, et enfin de réduire la solution aqueuse à un petit volume et d'y ajouter moitié d'acide nitrique dans un verre de montre. Quelquefois la masse entière se prend immédiatement par une cristallisation abondante de nitrate d'urée : quelquefois une cristallisation moins abondante se forme en quelques minutes ou en une heure au plus, et parfois le seul indice de la présence de l'urée est un peu d'effer-

(1) M. Martin-Solon a supposé à tort que le sang avait toujours perdu son albumine; c'est une règle si peu invariable, que l'albumine est quelquefois en excès. (*Voyez* plus loin la composition du sang dans la dernière période.) *Note de l'Auteur.*

vescence accompagnée de l'odeur particulière produite par l'action de l'acide sur ce principe animal de l'urine. Deux ou trois cents grains de sérum suffisent d'ordinaire pour l'analyse quand l'urée n'est pas dans une proportion très minime.

La proportion de fibrine dans le sang augmente habituellement lors de la première période. Dans le sang d'un homme sain, j'ai constaté qu'elle variait entre 25 et 52 parties sur 10,000. Au début de l'affection granuleuse des reins, je l'ai vue monter jusqu'à 82 et baisser jusqu'à 30. La différence m'a semblé dépendre du degré de réaction générale ou d'inflammation locale existante, et être par conséquent réglée par l'état plus ou moins couenneux du sang. La proportion est donc souvent augmentée parce qu'à cette période la réaction locale ou générale est commune.

La quantité de matière colorante ou hématosine est peu changée, si même elle l'est. Les occasions de s'assurer de ce point d'une manière satisfaisante se présentent rarement, parce que le médecin n'est guère appelé sitôt le début; mais je suis convaincu que la quantité d'hématosine n'est pas diminuée. Je tiens à établir cette proposition parce qu'il en est tout autrement dans les périodes plus avancées de la maladie, et parce que la proportion de l'hématosine dans le sang me semble constituer dans de certaines conditions un des critériums les plus certains pour juger des progrès de l'altération organique du rein, et devenir alors pour le médecin un des phénomènes les plus importants sous le point de vue pratique.

L'hématosine, d'après les dernières recherches de M. Lecanu, constitue, terme moyen, 1,160 parties sur 10,000 dans le sang des femmes et 1,325 chez l'homme à l'état sain. La moindre proportion que j'aie obtenue est 1,207 chez une jeune femme robuste qui se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, et la plus forte fut 1,525, chez un vigoureux matelot affecté depuis quelques jours d'une paralysie du sentiment dont il guérit vite. La moyenne de ces résultats est d'accord avec ce que j'ai observé chez un homme de 55 ans, robuste, sept

jours après qu'il eut présenté des symptômes caractéristiques de la maladie de Bright, à l'état aigu. Dans ce cas, l'hématosine s'élevait à 1,339 parties sur 10,000. Sans doute, chez d'autres malades, la proportion approchait de l'état de santé ; mais on ne doit guère s'attendre à une correspondance très exacte, puisque l'on a rarement affaire à une maladie si récente, et que la diminution des particules colorantes est un effet prompt et puissant.

En résumé, les altérations du sang, dans la première période de la maladie sont : le peu de densité du sérum, une diminution de l'albumine, la présence fréquente de l'urée et l'augmentation de la fibrine, la proportion de l'hématosine restant la même. Pour établir ces caractères avec certitude, quelques précautions sont nécessaires : la maladie doit être réellement récente et non précédée, comme cela existe souvent, avant l'apparition des symptômes généraux, par une désorganisation latente ; il faut que d'autres causes n'aient pas exercé sur la santé une influence fâcheuse, qu'on n'ait pas pratiqué de saignée quelque temps auparavant ; que l'urine soit rendue en quantité ordinaire, et que des symptômes de réaction existent. Les deux dernières conditions règlent la présence de l'urée et l'augmentation de la fibrine.

A mesure que l'affection granuleuse augmente, des changements importants se manifestent dans l'état pathologique du sang déposé dans la palette. 1° Le sang se sépare ordinairement en sérum qui est plus abondant, et en coagulum moins volumineux. Le sérum n'est pas si lactescent. Le caillot présente moins souvent une couenne inflammatoire : néanmoins la couenne reparaît toujours quand il survient une réaction accidentelle, et je l'ai même trouvée bien évidemment dans la dernière période, sans réaction générale ni inflammation apparente locale. Quand la couenne existe, le caillot est remarquablement petit et rétracté, en sorte qu'il forme quelquefois à peine le quart du poids total du sang. 2° La densité du sérum et la proportion de ses éléments solides, que nous avons vus être toujours notable-

ment diminués au commencement de la maladie, reviennent par degrés au type normal ou même le dépassent. Dans la période moyenne le sérum peut être trouvé souvent avec une densité moindre, telle que 1,025 ou 1,024, et cet état coïncide toujours avec des urines fortement coagulables. Quelquefois aussi, même à la période la plus avancée de la maladie, la densité est diminuée autant qu'au commencement, pourvu qu'une réaction accidentelle existe, et rende ainsi l'urine très coagulable. Mais dans le cours ordinaire des choses la densité du sérum et la proportion des éléments solides se rétablit, à mesure que la maladie fait des progrès, et ce retour coïncide avec la diminution graduelle et la disparition de l'albumine dans l'urine. Dans la période moyenne, quand la densité est environ 1,024, la proportion d'albumine et de sels du sérum monte à 630 ou 660 sur 10,000 parties du sang. Dans la période la plus avancée, lorsqu'il n'y avait pas de réaction et que les urines étaient très peu coagulables, j'ai trouvé la densité du sérum à 1,031, et la proportion de ses sels et de l'albumine était à la masse du sang comme 973 est à 10,000. Ce chiffre est au dessus du type normal, qui varie, d'après Lecanu, entre 780 et 800, et d'après mes propres expériences entre 816 et 853. A la même période, dans un cas où une pleurésie avec réaction générale était survenue, la densité du sérum était 1,021, et les éléments solides du sérum allaient seulement à 583 sur 10,000 parties sanguines.

3° L'urée disparaît fréquemment du sérum du sang, à mesure que la maladie fait des progrès; mais elle reparaît d'ordinaire dans la dernière période, et se montre quelquefois vers la fin en une proportion plus grande que jamais. La cause de ces variations est évidente : l'urine, dans la période moyenne, bien que la proportion des principes soit moindre, n'a pas tous les jours une même perte proportionnelle de ces éléments; parce que, bien que de densité moindre, elle est souvent augmentée en quantité; mais à mesure que la maladie approche de sa terminaison, la quantité diminue comme la densité, et à la fin il y a suppression presque totale. Là, en un mot, où, comme dans la

première période, il y a réduction matérielle dans l'émission quotidienne de l'urée, ce principe peut être retrouvé dans le sang, mais seulement dans ce cas.

4° La fibrine conserve le plus ordinairement ses proportions normales après que la première période est passée, et elle ne devient abondante que lorsqu'une réaction générale se montre, et que le sang est très couenneux. Dans la période moyenne, je l'ai trouvée s'élevant à 85 parties sur 10,000 parties sanguines dans un moment de réaction ; à une période avancée, dans une circonstance semblable, elle n'allait plus qu'à 56 ; dans les deux cas, il y avait une couenne inflammatoire très épaisse. Dans d'autres circonstances elle varie d'ordinaire entre 27 et 43.

5° La modification sans contredit la plus remarquable du sang dans la période avancée de la maladie est une réduction graduelle et rapide de sa matière colorante ou hématosine. Au commencement, ainsi que nous l'avons déjà signalé, cet élément ne subit que peu ou point de diminution ; mais à mesure que l'affection marche, ses proportions diminuent, et à la fin la réduction est telle qu'il ne forme plus qu'un tiers de la moyenne à l'état sain. L'effet de la maladie peut, à cet égard, se joindre à celui des émissions sanguines qui diminuent pendant longtemps la proportion de la matière colorante du sang : mais la réduction qui est déterminée par l'affection granuleuse des reins surpasse de beaucoup celle que pourraient produire les saignées peu abondantes qu'on pratique en ce cas ; et d'ailleurs elle est considérable avant même qu'il y ait eu d'émissions sanguines. Je ne connais pas de maladie chronique qui ressemble autant à l'hémorrhagie pour son efficacité à appauvrir le sang et à le priver de ses particules rouges. Nous avons établi plus haut que la moyenne pour le sexe masculin était 1,335 parties sur 10,000 ; et que dans la première période de la maladie, j'avais trouvé 1,339 chez un homme vigoureux qui n'avait pas été préalablement saigné. Chez un autre, également robuste, malade depuis un mois, mais saigné une ou deux fois auparavant, le chiffre ne fut plus que de 1,111 ; chez un autre, malade depuis cinq semai-

nes, et auquel on avait pratiqué une seule petite saignée, il était de 1,046 ; de 995 chez un quatrième, très vigoureux, malade probablement depuis deux mois, et saigné une seule fois modérément; de 564 chez un garçon, malade depuis deux mois, et auquel on avait fait récemment une forte saignée; de 491 chez un malade qui souffrait de l'affection granuleuse depuis six mois, et qui n'avait été saigné qu'une seule fois, dix-huit mois auparavant, pour une pneumonie grave; et enfin de 427 seulement chez un jeune homme malade depuis trois mois et demi à la suite d'une scarlatine, et qui n'avait point été saigné.

Ainsi donc, dans la période avancée de la désorganisation granuleuse, la proportion d'hématosine dans le sang éprouve une réduction constante et considérable; aucune autre altération n'est aussi invariable; souvent les éléments solides du sang sont également moindres, quelquefois au contraire ils sont en excès; et assez fréquemment, surtout si la maladie est très avancée, le sérum contient aussi de l'urée.

Nos connaissances sur les altérations du sang dans les autres maladies sont trop bornées pour que nous puissions les comparer avec celles que nous venons d'exposer. Je crois néanmoins pour le présent que les modifications que nous avons dit exister dans le sang à mesure que les reins deviennent plus malades, peuvent être prises comme une mesure assez exacte des progrès de l'affection, et que la composition du sang est un critérium vrai, et probablement le meilleur, pour marquer la marche ascendante de la désorganisation granuleuse, et par conséquent pour indiquer à la fois et le pronostic et le traitement.

Observation d'extirpation d'une tumeur volumineuse du cou, et réflexions sur la nature de cette tumeur et sur l'opération.

Par M. E. Rutz, *agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin à Saint-Pierre de la Martinique.*

Observ. — A. Capre (croisement du nègre et du mulâtre), âgé de vingt-neuf ans, né au Lamertin, paroisse où les fièvres intermittentes sont endémiques, vécut en ce lieu jusqu'à dix-sept ans, sans profession, puis il vint à la ville où il se fit cabrouettier. Il est d'une constitution médiocrement forte ; ses muscles sont peu développés. Alphonse est d'une santé chétive; il a eu, à plusieurs reprises, la dysenterie et les fièvres intermittentes. Il se souvient d'avoir eu dans son enfance, des tumeurs à l'aine qui me semblent, d'après la description qu'il en a faite, avoir été des engorgements glandulaires; mais il ne porte aucune trace de scrofule au cou ni en d'autres parties du corps. Vers l'âge de vingt-un ans, sans aucune cause accidentelle appréciable, il s'aperçut qu'il lui était poussé au côté gauche du cou, près de l'angle de la mâchoire, une petite tumeur. Cette tumeur ne cessa pas dès lors de s'accroître, mais insensiblement, sans douleur, ne faisant éprouver au malade que quelques élancements de temps en temps. On essaya inutilement d'en obtenir la fonte par des cataplasmes et des frictions de toutes sortes. Il y a neuf mois environ qu'ayant reçu un coup de poing sur cette tumeur, le malade en souffrit beaucoup et s'aperçut que son volume augmentait.

Aujourd'hui, 29 mars 1836, voici en quel état nous l'avons trouvée. Cette tumeur a le volume et presque la forme de la tête d'un enfant âgé d'un an. Elle s'étend du conduit auditif jusqu'au cartilage cricoïde, latéralement elle est comprise entre une ligne menée du petit angle de l'œil jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, et une autre ligne partant de un pouce et demi en arrière du pavillon de l'oreille pour aboutir au tiers externe de la clavicule. Sa direction est un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Supérieurement elle envahit et repousse le lobule de l'oreille et proémine sur l'angle de la mâchoire inférieure et sur la région parotidienne. Sa consistance n'est pas égale partout ; généralement elle est dure, et

n'offre aucune fluctuation. Elle ressort de dessous la peau et paraît très mobile par sa base, au point que le malade peut lui imprimer des mouvements comme à un corps étranger attaché à son cou. La base en est pourtant fort large, mais elle paraît arrondie, à la façon d'un corps rond recouvert par une étoffe qui permettrait d'en reconnaître la forme. La peau qui recouvre cette tumeur, quoique très distendue, ne paraît point amincie ; il n'y a point de veines variqueuses au pourtour. La tumeur est le siége de quelques élancements passagers et de quelques démangeaisons. Le malade n'éprouve aucune gêne dans les fonctions des organes voisins, c'est à dire de l'ouie, de la voix et de la respiration. Il n'a point maigri, n'a point fait de maladie depuis plus d'un an; il a bon appétit, toutes les fonctions digestives sont régulières ; point de céphalalgie, point de toux, jamais d'hémoptysie; la respiration auscultée avec soin n'a offert de râle en aucun point. Le pouls est à 64.

Le 31 mars, en présence de plusieurs médecins de la ville, je pratiquai l'extirpation de cette tumeur.

Une incision cruciale fut conduite suivant les deux plus longs diamètres de la tumeur. Je détachai les lambeaux de la peau, et la tumeur parut à découvert. J'essayai d'abord de l'isoler des parties voisines en la disséquant, et en liant au fur et à mesure les vaisseaux qui donnaient beaucoup de sang; mais m'étant aperçu que ces vaisseaux venaient principalement de la tumeur et donnaient un sang noir veineux, je me hâtai de disséquer, en négligeant toute ligature, et jusqu'à ce que je pusse introduire deux doigts au dessous de la tumeur; alors j'arrachai celle-ci avec force, et je l'enlevai complètement.

Pendant cette opération qui ne dura que dix minutes, le malade ne fit aucun mouvement, et ne poussa aucun cri; nous évaluâmes qu'il avait perdu environ une livre de sang; la plaie était profonde, une portion du sterno-mastoïdien avait été excisée. Je constatai qu'il ne restait aucune portion de la tumeur. Quatre à cinq ligatures furent appliquées, mais sur de petites artères. Aucun vaisseau d'un calibre un peu volumineux n'avait été divisé; la glande maxillaire était intacte au fond de la plaie.

Le malade fut pansé une demi-heure après, avec un linge fenêtré, de la charpie et des bandes. Dans la journée de l'opération, le malade se plaignit d'un assez grand mal de tête. Son pouls s'éleva à 92; point de soif, ni vive chaleur. Les autres fonctions sont en bon état. J'ordonnai des irrigations d'eau froide sur la plaie de demi-heure en demi-heure. (Potion calmante avec un demi-grain d'opium.)

Excrétion d'une matière sanieuse; nuit calme, le malade a dormi, son mal de tête a cessé. Il n'a point eu de frisson, le pouls est à 88.

Les jours suivants ont continué d'être aussi bons, aucun accident ne s'est déclaré, toutes les fonctions ont été en bon état, seulement le 2 et le 3 avril Alphonse s'est plaint d'une gène légère dans la déglutition de la salive; son amygdale gauche ainsi que la joue du même côté nous ont paru tuméfiées. Mais ces phénomènes se sont promptement dissipés. Les douleurs de la plaie n'ont jamais été assez vives pour tourmenter le malade. Les affusions d'eau froide ont été continuées pendant quatre jours. (Diète, limonade, une pilule d'extrait gom. d'opium vers le soir.)

Le 4 avril, quatrième jour après l'opération, premier pansement, les pièces de l'appareil sont peu salies. La suppuration est peu abondante. Malgré la largeur des lambeaux de peau il n'y a aucune trace de gangrène. Ces lambeaux se sont épaissis, ils sont bien rougeâtres. Ils sont appliqués sur le fond de la plaie; le malade qui jusqu'alors n'a pris que des bouillons est mis à la soupe.

Tout va de mieux en mieux; le 11 avril les lambeaux étaient déjà recollés. Mais comme j'avais d'abord conservé toute la peau, ne pouvant apprécier la quantité qu'il conviendrait d'enlever, cette peau tendait à se renverser sur elle-même et à produire une cicatrice très ridée. Je fus donc obligé d'en extirper une portion de onze lignes de large sur trois pouces de long, et je réunis par première intention avec une suture entortillée. Malgré cette excision, le renversement des bords de la plaie se reproduisit, et je fus obligé, le 22 avril, d'inciser de nouvelles portions de peau. Pendant tout cela, la santé générale resta bonne, il n'y eut pas le moindre mouvement fébrile. Et deux mois après, le malade put reprendre son métier. Il porte seulement une cicatrice assez considérable sans froncement et presque linéaire.

Après l'opération, la tumeur fut examinée; elle pesait près de deux livres; elle était entourée d'un kyste, d'un tissu cellulaire lamelleux qui l'isolait entièrement des parties voisines. La matière qui y était contenu était homogène comme du blanc de lait, ressemblait à du tissu encéphaloïde; elle était assez résistante en quelques points, et en d'autres avait la consistance d'une bouillie épaissie. Cette matière nous parut tenir un milieu entre la matière des cancers encéphaloïdes et celle des glandes lymphatiques tuméfiées et ramollies.

Il y a aujourd'hui, 10 mai 1838, vingt-six mois que cette tumeur a

été opérée. Le mal ne s'est pas reproduit, et le malade jouit d'une bonne santé.

L'histoire de cette tumeur offre deux points sur lesquels je désire fixer l'attention. 1° Quelle en était la nature ; 2° convenait-il de l'opérer ?

Si l'on considère le volume de cette tumeur, sa forme bien arrondie, nullement bosselée, son développement d'abord si lent et ensuite si rapide, etc., je ne crois pas qu'il vienne dans l'idée de personne que cette tumeur fût de nature cancéreuse. La matière qui la composait, molle et blanchâtre, paraissait, il est vrai, offrir quelque ressemblance avec la matière encéphaloïde ; mais elle n'en avait ni le brillant ni la vascularité. Enfin, la constitution éminemment lymphatique du sujet, les engorgements glandulaires qu'il avait eus à l'aine dans son enfance, donnent de meilleurs caractères, et montrent que c'était une tumeur scrofuleuse.

C'est sous cette forme que les engorgements scrofuleux existent chez l'adulte. Chez l'enfant, au contraire, ils prennent la forme tuberculeuse. Il n'ont jamais cette composition molle et blanchâtre, s'abcèdent plus tôt et n'atteignent point un volume aussi considérable. Chez l'adulte, de pareilles tumeurs ont dû souvent être confondues avec le cancer et mises dans la liste des cancers opérés sans récidive. Que serait devenue cette tumeur abandonnée à elle-même ? Etait-il à craindre qu'elle dégénérât en cancer ? Après avoir fait un si grand bruit, sous le règne de la doctrine physiologique, cette question de la dégénérescence des tumeurs paraît être aujourd'hui délaissée. Il y eut un moment où l'on crut que toute tumeur était susceptible de se convertir en cancer. On reconnut bientôt que cette généralisation était trop étendue. Mais où faut-il s'arrêter ? Y a-t-il des tumeurs susceptibles de dégénérer ? Le cancer est-il une affection *sui generis* dès son origine (squirrhe, fongus ou encéphaloïde) ? L'analogie avec ce qui a été constaté pour beaucoup d'autres affections nous porterait à adopter cette dernière opinion, à savoir que le cancer est une affection *sui*

generis dès son origine. Car il est aujourd'hui bien rare d'observer ces transformations d'une maladie en une autre, transformations qu'on admettait autrefois si facilement.

Quoi qu'il en soit, que cette tumeur dégénérât ou non, la gêne qu'elle occasionnait suffisait pour en débarrasser le malade. Lorsque j'étais interne à la Pitié, sous M. Velpeau, j'ai vu ce chirurgien extraire deux tumeurs semblables, situées sous l'aisselle, mais moins volumineuses. Il enseignait que ces tumeurs ne dégénéraient point ; mais il croyait l'opération un moyen plus prompt et même plus sûr que tous les fondants, dont l'usage prolongé pourrait compromettre la santé au moins autant que l'opération.

La tumeur pesait deux livres. L'opération ne fut suivie d'aucun accident. J'ai publié dans les *Archives médicales* (février 1836) un examen des goîtres qui ont été extirpés jusqu'à ce jour, et j'ai montré combien ces opérations ont été malheureuses. Cependant ces goîtres étaient moins volumineux que notre tumeur ; ils étaient situés auprès de la même région. Dans certains cas les malades avaient perdu peu de sang. La condition *d'organe* de la glande thyroïde ajouterait-elle au danger de son enlèvement?

Quoique cette observation soit un exemple de scrofules, je dois dire que cette maladie est fort rare à la Martinique. Depuis deux ans et demi que j'exerce la médecine dans cette colonie, j'ai vu tout au plus deux ophthalmies scrofuleuses ; aucune de ces tuméfactions des os, si communes dans les réunions de scrofuleux, et à peine quelques légers engorgements des glandes lymphatiques.

Observation d'un hypospadias artificiel accompagné d'une anomalie remarquable; avec réflexions sur ce vice de conformation et sur l'opération qu'il a nécessitée;

Par A. Toulmouche, *docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine, etc.*

Avant de publier l'observation si singulière qui fait le sujet de cette notice, j'ai dû me livrer à des recherches propres à me faire connaître s'il s'en était rencontré d'identique dans les fastes de la science. Je me suis assuré qu'aucun cas semblable n'avait été noté par les auteurs. Si nous parcourons les ouvrages les plus récents, les ouvrages de Boyer, de Delpech, les dictionnaires de médecine, nous voyons qu'il n'y est question que de l'hypospadias congénital.

Boyer parle très brièvement de la compression de la verge par des liens circulaires, de l'inflammation souvent suivie de gangrène qu'ils peuvent provoquer, mais nullement des vices de conformation qui peuvent en être la suite. Il paraît qu'il ne possédait pas de faits à cet égard.

Voici l'histoire du cas qui fait le sujet de cet article.

Obs. Pavé, détenu, âgé de 23 ans, tisserand, né au bourg de Locheteval, commune de Suniac, canton d'Helvin, dans le département du Morbihan, et d'une constitution robuste, fut écroué au commencement de l'année 1835, à la maison centrale de détention de Rennes. Il offrit, à la visite, le vice de conformation suivant : le pubis est recouvert de poils. La verge est aussi volumineuse que chez les autres hommes de son âge ; mais le gland est partagé en deux, transversalement à sa longueur, à peu près à la réunion d'un peu plus du tiers antérieur avec les deux postérieurs, et dans à peu près les deux tiers inférieurs de son épaisseur; en sorte que la continuité n'a lieu qu'à la partie supérieure, où s'aperçoit même une légère trace de cicatrice, tandis que l'inférieure offre une profonde dépression derrière laquelle on découvre un orifice insolite qui est celui du canal de l'urètre. Il s'offre là sous la forme d'une fente, demi-elliptique, transversale, à bord inférieur mince, appliqué sur une

surface muqueuse d'un rouge vif, légèrement déprimée, qui remplace la lèvre supérieure manquant, et formant de la sorte un véritable hypospadias.

L'extrémité presque séparée du gland présente l'entrée ordinaire du canal de l'urètre, mais moins large que de coutume. Néanmoins, je pus y introduire une petite sonde, acquérir la certitude qu'il se terminait en cul-de-sac, à six à huit lignes de profondeur, en se dirigeant obliquement vers la partie postérieure et inférieure de la longue appendice préputiale, mais en apparence seulement. Car plus tard, le même instrument, enfoncé un peu plus avant et avec plus de force, sortit aisément à travers la cicatrice superficielle imparfaite qu'on apercevait à la partie postérieure de l'extrémité supérieure ou adhérente de la même appendice. Cette dernière est molle, comme plissée transversalement. En écartant son extrémité supérieure de la face inférieure de la portion de gland à laquelle elle tient par de la peau et du tissu cellulaire, on aperçoit l'orifice assez étroit d'un canal qui la parcourt dans toute sa longueur et qui se termine à peu près vers la partie moyenne de son bout inférieur. Elle rappelle tout à fait l'aspect d'un prépuce long et œdémateux, tel mais plus exagéré qu'on ne l'observe dans le phimosis congénial. Cette appendice pouvait avoir 14 à 15 lignes de longueur.

Une sonde introduite par son orifice supérieur, parcourut aisément son canal central et ressortit par une ouverture inférieure analogue, aboutissant au centre de l'extrémité inférieure et cachée par les plis circulaires de la peau.

A la face postérieure de l'extrémité supérieure de la même portion de prépuce, on aperçoit, lorsqu'on la porte en avant, une cicatrice analogue à celle que produirait l'occlusion de l'orifice urétral.

Le repli du prépuce manque derrière le bourrelet de la portion postérieure ou la plus considérable du gland. La peau y est amincie, adhérente circulairement, un peu plus blanchâtre que dans le reste de la verge : c'est évidemment le résultat d'une cicatrice.

Les deux testicules existent dans les bourses. Ils sont peut-être un peu moins volumineux que ne le comportent l'âge et la force du sujet.

Le pénis entre facilement en érection. Je ne fus témoin que d'un demi-allongement occasionné par les attouchements que nécessitait l'examen minutieux des parties. Pavé me dit, que dans le roidissement complet de la verge, le bout du gland restait flasque, de même que l'espèce de fourreau qui y est annexé.

Ce vice de conformation était-il congénital, ou avait-il été le résultat de la section du canal de l'urètre et d'une partie du membre viril, à la suite d'une ligature trop serrée appliquée sur cette partie? La première fois que j'interrogeai ce détenu pour savoir s'il se rappelait avoir éprouvé une maladie de cet organe, soit spontanée, soit provoquée par un lien qu'il aurait fortement serré autour pendant sa jeunesse ou son enfance, il me répondit négativement, et affirma qu'il avait toujours été conformé de la sorte. Ce ne fut que le lendemain qu'il m'avoua que j'avais assigné la véritable cause de sa singulière conformation, et qu'elle était le résultat d'une constriction énergique qui avait gangréné et coupé les parties engagées.

D'après l'examen de ces dernières, les choses durent se passer de la manière suivante. Une ligature avec une ficelle ou autre lien ayant été appliquée obliquement par Pavé autour de l'extrémité de la verge, les téguments se seront tuméfiés énormément, auront surmonté la corde qu'il ne lui aura plus été possible d'enlever. Le prépuce aura été frappé de gangrène à sa face supérieure de même qu'à l'inférieure, et le canal de l'urètre coupé totalement dans ce point. Le gland, ou tout au moins son extrémité antérieure, aura passé à travers l'ouverture supérieure artificielle du prépuce, qui, de la sorte, se sera trouvé pendre au-dessous de celui-ci, à la partie inférieure duquel il sera resté adhérent par la portion du frein et du tissu cellulaire qui y établit continuité. Le dégorgement de ce dernier et la cicatrisation de ses parties coupées se seront faits peu à peu, et l'appareil génito-urinaire aura pris la disposition que j'ai décrite.

Ce qui le prouve, c'est que d'abord en élargissant par la pensée, ou même au moyen d'un morceau d'éponge préparée, comme nous l'exécutâmes, l'orifice supérieur et antérieur du fourreau préputial, et en y faisant rentrer la portion antérieure du gland, nous rétablîmes presque l'état normal. En effet, la circonférence de l'appendice viendrait correspondre ou se rattacher à la cicatrice circulaire de la base du gland; le canal qui parcourt

la longueur de la première le longerait de nouveau, le cul-de-sac de la portion du canal qui parcourt la portion antérieure du gland viendrait se raccorder avec l'orifice actuel de l'urètre, et la cicatrice postérieure de l'extrémité supérieure de la même appendice correspondra au point où a lieu la solution de continuité du canal. Par là s'expliquent parfaitement les dispositions insolites et les diverses cicatrices observées sur les parties sexuelles de Pavé.

Le vice de conformation qui les affecte s'opposant à la copulation, ou tout au moins devant la rendre très difficile, l'art pouvait-il y remédier. Deux moyens se présentaient, l'un difficile, douloureux, et très incertain dans ses résultats, consistant à dilater graduellement le canal préputial, à y faire rentrer le gland, à rafraîchir la circonférence du premier, à enlever un lambeau circulaire de peau derrière le second, à affronter exactement les parties saignantes, à les maintenir par des points de suture, après avoir rétabli la continuité de la portion du canal de l'urètre qui traverse le gland antérieur avec celle du reste de la verge, et à tenter plus tard, à l'aide d'une sonde laissée à demeure, d'obtenir la cure radicale de l'hypospadias artificiel, ou le rétablissement de la continuité dans ce point du canal manquant, par la réunion immédiate des portions de peau voisine.

L'autre procédé, beaucoup plus simple, moins difficile et peu douloureux, consistait à enlever avec le bistouri ou de forts ciseaux toute la portion antérieure du gland et l'appendice préputial qui y tient. De cette manière l'individu serait rentré dans la classe de ceux qui ont un hypospadias naturel dans lequel l'urètre se termine au niveau de la fosse naviculaire dans les replis de la partie inférieure du prépuce, qui peuvent exercer le coït et même féconder. La partie postérieure de gland restant devait suffire à l'excitation nécessaire pour une érection soutenue et l'éjaculation du sperme. Ce résultat probable devenait certain par l'aveu que nous fit Pavé, que, durant l'érection, l'autre portion restait insensible et n'était nullement modifiée.

En conséquence, nous nous arrêtâmes d'autant plus volontiers à ce dernier mode d'opérer, que nous nous représentions l'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'obtenir à l'aide de la peau une cicatrisation complète de la longue portion du canal de l'urètre qui manquait, sans un rétrécissement extrême de ce point, lequel aurait nécessité l'usage prolongé et probablement vain des sondes ou bougies ; outre que nous présumions que l'incurvation ou rétraction vicieuse en bas et en arrière de la portion antérieure du gland gênerait considérablement dans le coït, et pourrait devenir un obstacle à la fécondation qui nécessiterait plus tard l'ablation de cette partie. D'après ces considérations, le patient fut opéré de la manière suivante par M. Perrin.

Il enleva, à l'aide de forts ciseaux, toute cette portion du gland et celle du prépuce qui y attenait. La section en fut faite d'un seul coup à l'endroit le plus rapproché et en même temps le plus rétréci, de manière à ménager le plus de gland possible.

Le tissu dans ce point était comme fibreux. A peine était-il resté au centre quelques portions du tissu caverneux par lesquelles il s'écoula peu de sang, la simple immersion de la plaie dans l'eau froide ayant suffi pour l'arrêter. Le malade fut aussitôt pansé.

On avait essayé la veille de dilater l'appendice préputial avec un cylindre d'éponge préparé, qui avait assez élargi son canal pour qu'on pût y faire rentrer en partie l'extrémité antérieure du gland. Mais toute cette partie anormale en avait été fortement irritée, en sorte qu'elle offrait un gonflement inflammatoire œdémateux assez considérable.

Du reste, Paul d'Égine avait très anciennement, dans un cas d'hypospadias beaucoup plus simple, taillé probablement de la même manière la verge en forme de gland.

Le malade dont je viens d'esquisser l'histoire guérit au bout d'un mois. Depuis, les érections ont été aussi faciles qu'avant, et il a pu provoquer fréqnemment l'éjaculation par les frottements du gland, ayant la vicieuse habitude de la masturbation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

MUSCLES DE L'ŒIL (*Observations physiologiques sur les*) ; *par* Bransby Cooper. — L'action précise et les usages des muscles obliques de l'œil ont été pour les physiologistes un grand sujet de discussions. M. Cooper s'est livré à des expériences sur les lapins, et on peut en déduire les conclusions suivantes : « Les muscles de l'œil, quand ils agissent ensemble, maintiennent le globe de l'œil dans une position centrale dans la cavité de l'orbite, modèrent la rétraction des quatre muscles droits, et quand ils agissent l'un après l'autre, sans que leur puissance soit diminuée par l'action du droit, ils tournent l'œil sur son axe, tirant le globe en avant, et ayant en même temps pour effet d'agrandir beaucoup le champ de la vision. Ce dernier usage me semble être une déduction juste de la grande perte de mobilité des yeux, après la section d'un des muscles obliques. Sur un ou deux lapins, j'ai divisé les deux obliques sur le même œil, et il en résulta une rétraction permanente du globe de l'œil dans l'orbite, sa dépression sur le plancher de cette cavité, le resserrement de la pupille, sans cependant aucune déviation latérale. Je sais que la direction précise donnée à la pupille par la contraction de l'un ou de l'autre de ces muscles n'a pas été prouvée par les expériences précédentes ; car par la section d'un seul l'œil n'est pas abandonné à la seule action de l'autre, qui est nécessairement soumis à l'influence des muscles droits. Il reste donc beaucoup à faire aux expérimentateurs et aux physiologistes. (*London medico-chirurgical review.* Janvier 1839.)

OS. (*Proportions des substances animale et terreuse dans les différents os du corps humain*) ; *par* le docteur Rees. — Les faits suivants résultent des analyses du docteur Rees : 1° les os longs des extrémités contiennent plus de matière terreuse que ceux du tronc. 2° Les os de l'extrémité supérieure contiennent un peu plus de matière terreuse que les os correspondants de l'extrémité inférieure ; ainsi, l'humérus en contient plus que le fémur, et le radius et le cubitus plus que le tibia et le péroné : la différence n'est d'ailleurs que d'un demi pour cent. 3° Le tibia et le péroné con-

tiennent juste la même proportion des deux matières; il en est de même du radius et du cubitus. 4° Les vertèbres, les côtes et la clavicule sont, sous le même rapport, presque identiques. — On a dit que les os celluleux ou à tissu spongieux contenaient une plus forte quantité de matière animale : la différence existe, mais elle est extrêmement faible.

En comparant ces résultats avec ceux des analyses chimiques des os du fœtus, on retrouve pour les différents os à peu près les mêmes différences que nous venons de mentionner : les os courts et compactes offrent absolument la même proportion que chez l'adulte, de sorte que la différence qui existe entre eux ne doit pas dépendre d'une différence dans la proportion des matières animale et terreuse. (*Med. chirurg. transactions*, t. XXIII. 1838.)

De la salive. — Une thèse du docteur G. Van Setten, soutenue à Groningue, contient l'examen de deux questions chimiques importantes, la question de la présence de l'acide sulphocyanique dans la salive, et celle de la nature de cette sécrétion. L'analyse fut faite sur la salive d'un adulte bien portant, affecté de fistule salivaire : les phénomènes suivants démontrent évidemment la présence de l'acide. La solution aqueuse de l'extrait alcoolique de la salive ayant été évaporée et distillée avec de l'acide phosphorique, forma un liquide qui, en ajoutant du perchloride de fer, offrit la teinte rouge propre au sulphocyanure de fer : cette couleur disparue était rétablie par l'addition de l'acide hydrochlorique. En rajoutant à la liqueur distillée un mélange d'acide hydrochlorique, de chloride de potassium et de baryum, il se formait du sulfate de baryte, son acide résultant de l'oxidation du soufre contenu dans l'acide sulphocyanique. Le résultat est rendu encore plus certain par ce fait que la substance précipitée dans le liquide distillé par les sulfates de fer et de cuivre lavés et mêlés avec la potasse, acquéraient la même teinte rouge par l'addition du perchloride de fer.

Quant à l'analyse chimique de la salive, elle s'accorde presque entièrement avec celle donnée par Gmelin.

Dans un grand nombre d'expériences, la salive fut trouvée acide avant le déjeûner 17 fois; après le déjeûner et le dîner 25 fois; alcaline avant le déjeûner 24 fois, après le déjeûner et le dîner 15 fois; neutre avant le déjeûner 9 fois, après déjeûner 10 fois.

Le docteur Van Setten conclut d'une autre série d'expériences que chez les individus dont la salive est acide avant déjeûner, cette sécrétion devient alcaline pendant le repas, et après déjeûner redevient acide. (*Foreign and British medical review.* Janvier 1839.)

Liquide de l'amnios (*Examen chimique du*), par le docteur Rees. — Les quatre analyses données par M. Rees, du liquide amniotique pris à sept mois ou sept mois et demi, sont une nouvelle preuve, par leurs différences, des variations qu'offre ce liquide à la même époque de la gestation, suivant le tempérament et la constitution de la mère. La pesanteur spécifique n'a du reste varié que de 1007 à 1008, 6. (*Guy's, hospital reports*. Octobre 1838.)

Anatomie pathologique.—Pathologie et therapeutique médicales.

Diathèse purulente variolique avec séparation de toutes les épiphyses (*Obs. de*); *par* M. Ancell, chirurgien. — Sophie Middleton, fut prise à onze mois de la petite-verole. L'éruption, confluente, marcha régulièrement; la desquamation commença du neuvième au dixième jour. Le onzième jour, l'enfant se plaint de violents maux de tête; des gonflements distincts se montrent sur différents points du corps vers les clavicules, aux coudes, aux poignets, aux genoux : ces tumeurs augmentent; elles sont fluctuantes et parcourues par des veines dilatées. D'autres tumeurs semblables se déclarent aux articulations du coude-pied et des clavicules : celle du poignet a le volume d'un œuf de poule : on y sent de la crépitation, ainsi qu'aux autres, en pressant avec les doigts. Les articulations des côtes avec les vertèbres présentent aussi des tumeurs crépitantes : celles des phalanges de l'épaule sont à leur tour affectées de même. Des symptômes du côté de l'encéphale se déclarent, et l'enfant succombe.

Autopsie. Le genou gauche contient trois onces de pus ténu; des fusées ont disséqué les muscles, dans le tiers supérieur de la jambe et de la cuisse. L'épiphyse du fémur est séparée du corps, et la portion osseuse de cette épiphyse détachée de son cartilage. La tête du tibia présente absolument les mêmes altérations, ainsi que les autres articulations. A l'ouverture du crâne, on trouve six onces de liquide entre les membranes du cerveau, et une petite quantité de pus dans les ventricules. Les autres organes ne furent pas examinés. (*Med. chirurg. transactions*, t. XXIII. 1838.)

Ramollissement cérébral (*Rapports entre le*) *et les symptômes qu'on lui attribue*; par M. Max. Durand-Fardel, interne à la Salpétrière.—Loin d'être destiné à éclairer les questions si obscures relatives au ramollissement cérébral, ce mémoire ne paraît avoir d'autre but que de démontrer non pas seulement la difficulté, mais l'impossibilité d'arriver jamais à un résultat satisfaisant. Pour qu'on

puisse juger de la valeur des conclusions de ce travail, nous allons en présenter une courte analyse.

Dans les raisonnements que M. Durand-Fardel a présentés dans la première partie de son mémoire et avant les faits à l'appui, il insiste sur les particularités suivantes : 1° les mêmes symptômes peuvent appartenir à des lésions variées ; 2° ils peuvent exister sans lésion aucune ; 3° les lésions peuvent exister sans symptômes ; 4° quand il existe des symptômes et des lésions qu'on regarde comme se correspondant, il peut n'y avoir aucun rapport de forme et d'étendue entre les lésions et la forme et la gravité des symptômes.

Nous ne contestons pas la réalité de ces résultats, mais nous ferons remarquer qu'on n'a pas assez fait lorsqu'on a dit que dans certains cas il y a des symptômes et non dans d'autres, etc., etc. ; il importe encore beaucoup d'établir sur un nombre suffisant de faits, la proportion de ces cas ; car agir autrement c'est s'exposer à mettre l'exception sur la même ligne que la règle : faute des plus graves en pathologie. Nous regrettons que M. Durand-Fardel n'ait pas senti toute l'importance d'un pareil travail.

Les observations présentées par l'auteur pour servir de preuve sont divisées en plusieurs sections. 1° Observations relatives au ramollissement évidemment chronique. Quoique fort abrégées, ce sont les plus satisfaisantes. 2° Cas dans lesquels le ramollissement chronique n'a présenté pendant longtemps que des symptômes non caractéristiques. Ils sont au nombre de deux, et les premiers symptômes n'ont consisté, dans l'un, qu'en une céphalalgie avec paraplégie, et dans l'autre, qu'en des étourdissements, des faiblesses des jambes, une altération marquée de l'intelligence, des chutes sans perte de connaissance. Nous pensons que M. Durand-Fardel aurait dû insister davantage sur ces cas, et, au lieu de se borner à dire que ces symptômes étaient peu importants, rechercher si dans les circonstances où se trouvaient les malades, ils n'acquéraient pas pour le diagnostic une importance que les auteurs auraient eu le tort de méconnaître.

3° La troisième section renferme les cas dans lesquels, à la suite d'accidents apoplectiformes, on n'a trouvé qu'un ramollissement chronique. Les faits de ce genre ne sont pas rares et sont bien connus des pathologistes ; c'est pourquoi nous ne nous y arrêtons point.

4° Ici nous trouvons des observations dans lesquelles la présence d'un ramollissement aigu, ajouté au ramollissement chronique, explique les symptômes apoplectiformes observés à la fin de la vie. Pour bien faire connaître les caractères distinctifs du ramollissement

chronique et du ramollissement aigu, M. Durand-Fardel cite le mémoire qu'il a publié récemment dans ce recueil (1), et dans lequel il a insisté principalement sur l'instantanéité des symptômes déterminés par les ramollissements rosés et étendus de la surface du cerveau. Nous renvoyons le lecteur à cet article.

5° Viennent ensuite les cas dans lesquels, à la suite d'attaques apoplectiformes, on n'a trouvé aucune altération appréciable dans le cerveau. Ces faits, au nombre de trois, ont tous présenté des symptômes bien tranchés : invasion subite ; perte de connaissance, résolution d'un ou de plusieurs membres, contracture, etc. Ce sont là de ces cas qu'on est fort embarrassé pour expliquer ; mais qui, selon nous, doivent jeter encore plus de doute sur le diagnostic de l'apoplexie que sur celui du ramollissement cérébral.

6° Enfin, M. Durand-Fardel rapporte plusieurs observations de ramollissements sans symptômes. On trouve des exemples de ce genre dans plusieurs autres maladies ; c'est l'histoire des affections latentes dont le nombre diminue à mesure que le diagnostic fait des progrès, mais dont quelques unes résistent encore à nos moyens d'investigation. Sous ce rapport le ramollissement cérébral ne présente rien de particulier (*Gazette médicale,* février 1839, N. 5).

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces faits et sur la théorie que M. Durand-Fardel a fondée sur eux, nous ne pouvons pas arriver aux mêmes conséquences que lui. M. Durand-Fardel dit qu'il n'existe réellement pas de rapports suffisants entre le ramollissement et les symptômes pour que le diagnostic ne soit pas très incertain ; et nous ne voyons encore dans l'embarras où se trouvent ceux qui se sont occupés de cette question qu'une preuve de la mauvaise direction suivie par eux dans leur recherche. Plus l'étude des maladies cérébrales est difficile, plus elle doit être rigoureuse. Or, la rigueur ne consiste pas seulement à bien décrire les lésions morbides, mais encore à noter tous les antédents, à décrire tous les symptômes, et surtout à demander à l'analyse la plus délicate l'explication des faits, la valeur de chaque symptôme, de la marche de la maladie et de sa durée, et, en un mot, à envisager les faits sous tous les points de vue.

Tout en rendant justice aux excellentes qualités des travaux publiés jusqu'à ce jour sur le ramollissement cérébral, nous n'en connaissons pas qui présentent, réunies, toutes ces conditions d'un travail réellement concluant.

(1) *Archives générales de méd.* février 1839. *Mém. sur une forme d'encéphalite encore peu connue.*

Anévrysme partiel du cœur (*Recherches sur l'*) ; par le docteur Thurnam.—Le mémoire intéressant du docteur Thurnam a été composé avec 84 cas, recueillis soit par lui-même, soit empruntés aux musées anatomiques de Londres. C'est dans le ventricule gauche que l'anévrysme du cœur a été le plus souvent observé (56 fois). Sur 67 anévrysmes rencontrés dans ces cas, 35 faisaient saillie à l'extérieur, 19 n'en faisaient aucune. L'étendue du sac anévrysmal a varié depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du cœur lui-même (9 cas). Quant aux tissus que formaient le sac, dans 15 cas les parois étaient formées par les fibres musculaires et le péricarde ; dans 4 par l'endocarde et le péricarde seulement; dans 25, par tous les tissus qui composent la paroi du cœur. Le sac contient le plus souvent des caillots ou des dépôts fibreux : dans 19 cas seulement il était vide. Sur les 67 anévrysmes, 27 étaient au sommet ou près du sommet du ventricule, et 21 sur différents points de sa base : aussi peut-on conclure que les parties les moins épaisses du ventricule gauche, c'est-à-dire, le sommet et les parties les plus élevées de sa base, sont plus souvent que les autres le siége de l'anévrysme. La plus fréquente lésion qui ait compliqué la maladie, fut l'altération du péricarde, qui, dans 20 cas, avait contracté des adhérences avec la tumeur, et des adhérences générales dans 7 autres. Une fois il y avait péricardite hémorrhagique récente, et trois fois hydropéricarde. Dans 9 cas, le tissu musculaire était le siége d'une dégénérescence fibro-celluleuse plus ou moins étendue, généralement plus marquée autour du sac. Le nombre de cas où l'on n'a pas indiqué quelque autre altération du cœur compliquant l'anévrysme, n'est que de 10, et dans 3 seulement il est dit positivement que le cœur était tout à fait sain. Dans 22 cas, l'anévrysme était produit par la dilatation de tous les tissus qui entrent dans la formation des parois du cœur ; dans 6 il y avait solution de continuité de la membrane interne et du plan interne des fibres musculaires ; 30 ne sauraient être classés. La lésion est donc le plus souvent celle de l'anévrysme vrai. *Causes* : Sur 40 cas où le sexe a été indiqué, on trouve 30 hommes et 18 femmes. Sur 35 cas où l'âge est noté ; il y en a 9 de 20 à 30 ans, et 7 de 70 à 80 ans. Dans 12 cas, la mort fut subite, produite dans 3 par la syncope, dans 8 par une hémorrhagie interne; dans 6 de ces derniers l'hémorrhagie avait dépendu de la rupture du sac anévrysmal dans le péricarde: dans 1 de la rupture du sac dans la plèvre, et dans le dernier de la rupture du ventricule aux environs du sac.

Le traitement ne paraît soumis à aucune indication spéciale ; la

la méthode antiphlogistique, celle des anévrysmes ordinaires, semble être la plus convenable et la plus capable de soulager.

Anévrysme des oreillettes. Il est beaucoup plus rare que le précédent: tantôt il occupe le sinus, ou seulement l'appendice. Dans les 9 cas cités, il y avait un rétrécissement considérable de l'orifice mitral.

Le docteur Thurnam termine son mémoire par quelques observations d'anévrysmes des valvules du cœur, et par l'énoncé des cas avec lesquels il a composé son travail. (*Med. chirurgical transactions, vol.* 21.)

ANÉVRYSME DE L'AORTE VENTRALE (*Obs. d'un*); *par* David Dickson, médecin de l'hôpital naval de Plymouth. — Un fusilier, âgé de 36 ans, fut reçu à l'hôpital de Plymouth le 20 mars 1837. A son entrée, il se plaignait surtout de douleur dans la région des lombes et du scrotum, avec faiblesse, paralysie partielle du sentiment et du mouvement des extrémités inférieures, et du sphincter de l'anus. Du reste l'économie avait peu souffert. Au côté gauche de l'abdomen, on sentait une tumeur mal circonscrite, qu'on crut d'abord être la rate; mais on sentit bientôt des battements et l'on vit qu'on avait affaire à un anévrysme de l'aorte abdominale, ou de l'iliaque primitive qui expliquait les phénomènes de paralysie. Bien que la tumeur augmentât, la santé ne souffrait point; mais le 6 septembre, après avoir monté un escalier, le malade ressentit une douleur atroce dans la région iliaque, puis il y eut une syncope, et la mort survint à six heures du soir.

Autopsie. En ouvrant la cavité de l'abdomen, il s'échappa une petite quantité de sérosité sanguinolente. Du côté droit le feuillet péritonéal postérieur était comme ecchymosé par du sang demi-coagulé qui épanché en grande quantité, avait soulevé la membrane. Le sang avait été fourni par une ulcération de l'étendue d'une pièce de 20 sols siégeant sur le côté d'une énorme tumeur qui avoisinait le rein droit déplacé par elle: on s'aperçut que c'était un anévrysme énorme de l'aorte descendante; la dilatation anévrysmale commençait à la paroi postérieure de l'artère, deux pouces au dessus du tronc cœliaque, par une espèce de collet qui s'étendait jusqu'à deux pouces et demi au dessus de la division de l'aorte en iliaques: là se dilatant tout d'un coup, elle s'étendait dans tout le ventre. La tumeur était si volumineuse, qu'à l'exception de la région du cœcum dont elle s'éloignait vers la gauche, elle occupait l'épigastre, les deux hypocondres, l'ombilic, la région iliaque gauche et le bassin. S'accommodant à la concavité du diaphragme auquel elle adhérait intimement, ainsi qu'à la surface postérieure et inférieure du foie, l'anévrysme était placé derrière les vaisseaux et les conduits biliaires, le pancréas, le duodénum, etc. Il tenait aux fausses côtes et à l'épine, et descendant entre celle-ci, la veine-cave et l'aorte, il continuait en bas, derrière les uretères et les vaisseaux iliaques, séparé d'eux par le fascia iliaca, sous lequel il s'insinuait, et qui,

très épaissi, formait une de ses tuniques antérieures. La tumeur s'avançait ensuite, sous la forme d'un cône, sous le ligament de Poupart, et simulait un anévrysme de l'artère iliaque gauche. On trouva cet énorme anévrysme rempli de sang à moitié coagulé : quelques couches concentriques fibrineuses et presque décolorées adhéraient à ses parois. La membrane interne du sac était d'un rouge intense, parsemée de plaques osseuses déposées dans la tunique fibreuse qui les retenait. La tunique externe recouvrait partout l'anévrysme excepté dans les points adhérents à l'épine, où les tuniques avaient disparu complétement, et les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires avaient été absorbées en partie. La tunique moyenne se continuait sur le sac et se perdait insensiblement dans les autres tuniques, qui en quelques points étaient considérablement épaissies. La tunique interne se continuait dans le sac pendant quelque temps, puis était interrompue sans qu'on pût la distinguer des caillots. Le dépôt abondant de matière osseuse dans la tunique moyenne avait empêché l'artère de s'affaisser et d'être comprimée en avant et en arrière, et en conservant sa forme cylindrique avait laissé libre le passage du sang. L'adhérence de la tumeur à l'épine était telle, que les vertèbres lombaires et trois dorsales furent enlevées avec elles. (*London medico-chirurgical review*, janvier 1839.)

Rupture du diaphragme (*Obs. de*); *mort neuf mois après, par une autre maladie ; par* M. Alfred Taylor. — L., âgé de 40 ans, matelot, d'une constitution robuste, fut reçu le 7 mars 1838. Il était tombé sur le pont du navire d'une grande hauteur, et s'était fracturé plusieurs côtes, ainsi que la partie inférieure de la jambe. L'amputation fut jugée nécessaire, consécutivement. Elle fut pratiquée ; mais le malade s'affaiblit par degrés et il mourut le 14 juin. Plusieurs fois avant la mort on avait ausculté le malade, et l'on n'avait rien trouvé d'extraordinaire.

Autopsie. Le cœur est un peu dévié à droite de la ligne médiane ; le poumon gauche, peu volumineux, est porté en haut et en arrière; le lobe supérieur crépite ; le moyen est pâle et complètement hépatisé ; l'inférieur, d'un rouge intense, était comprimé par la cause suivante : presque les deux tiers de ce côté de la poitrine étaient remplis par l'estomac distendu et par une grande partie de l'arc du colon. Ces viscères avaient pénétré dans la cavité thoracique par une perforation du diaphragme ; l'ouverture, qui avait deux pouces et demi d'étendue, occupait la partie musculaire du diaphragme, en avant et un peu à gauche du trou œsophagien. Les bords de l'ouverture étaient épais, jaunâtres, lisses. Quatre côtes avaient été fracturées, et trois paraissaient l'avoir été longtemps auparavant.
(*Guy's hospital reports, octobre* 1838.)

Mélœna chez les nouveaux nés. — Le docteur Moll de Munstermayfeld cite une femme bien constituée de 22 ans, accouchée heureusement dans l'été de 1835, d'une première fille, qui vint au monde très bien portante. Neuf heures après la naissance l'enfant devint inquiet tout-à-coup, et vomit une cuillerée de sang foncé et

liquide, mêlé de glaires. Le vomissement se renouvela une demi-heure après, accompagné d'évacuations sanguines, et l'auteur appelé près de l'enfant lui trouva le visage très pâle, la peau refroidie, le ventre gonflé quoique mou, le pouls à peine sensible et la respiration précipitée. Le sang évacué était visqueux et noir, presque sans mélange de méconium, ce qui ne laissait aucun doute sur la nature du mal. Les forces paraissant épuisées, l'auteur prescrivit : Pr. moschi gr. jj, syr. mann. j. Aqu. flor. auranl. jj. M. D. S. Une petite cuillerée toutes les demi-heures. Les pieds enveloppés dans des flanelles chaudes, et sur le bas-ventre des compresses de vin, spec. aromat. Le lendemain le mal paraissait plus dangereux, le visage était décomposé et très pâle, les extrémités froides, le pouls insensible ; seulement la respiration était normale et le ventre dégonflé, mou et plus chaud. Dans 24 heures, l'enfant avait eu cinq vomissements de sang noirâtre et liquide et sept évacuations visqueuses de tumeur liquide, les premiers pesant cinq à six onces, les secondes de huit à dix. Depuis 5 heures, les déjections sangines avaient cessé et il y avait un peu de méconium dans les langes. Le même traitement fut continué et l'enfant étant trop affaibli pour téter on le soutint avec de l'eau sucrée ou mêlée de lait, ou du bouillon de poulet avec du jaune d'œuf. Le troisième jour, la chaleur naturelle était revenue ; et les évacuations étaient épaisses et glaireuses et seulement veinées de sang, et au bout de quinze jours, l'enfant se trouva rétabli sans qu'on pût déterminer les causes du mal. Il n'avait pu avaler du sang par la bouche ; la mère s'était bien portée pendant la grossesse, et un coup léger qu'elle avait reçu au septième mois n'avait été suivi d'aucune conséquence fâcheuse.

Un garçon de 5 mois, qui s'était bien porté jusque là fut pris tout à coup de coliques suivies au bout de quatre heures d'un vomissement violent de matières liquides, glaireuses et mêlées de sang noir. En même temps il y eut des évacuations épaisses d'abord, puis quelques morceaux de sang noir. L'enfant épuisé se calma pour le moment, mais au bout d'une heure, les mêmes accidents se reproduisirent accompagnés de cris violents et de tiraillements dans les extrémités inférieures, les symptômes étaient : pâleur et décomposition du visage ; froid à tout le corps, excepté au bas ventre ; pouls effilé et à peine sensible ; respiration précipitée ; météorisme et coliques d'entrailles ; et gonflement du ventre. L'auteur administra un gr. de calomel et le musc avec du sirop d'écorce d'orange. Les pieds furent enveloppés de flanelle. Dans l'espace de deux heures il y eut trois évacuations, les deux premières sanguines glaireuses, la troisième de matières fécales. Dès lors les accidents cessèrent, le pouls et la chaleur revinrent ; on abandonna le calomel et l'on continua le sirop et pour nourriture du bouillon avec du jaune d'œuf. Au bout de quinze jours, l'enfant se trouva rétabli, mais la cause du mal resta également inconnue.

La rareté du mélœna chez les nouveaux nés et le doute qui règne encore à cet égard, ont décidé l'auteur à communiquer ces deux observations ; et quoique beaucoup de cas du même genre aient déjà été mentionnés, ils n'appartiennent pas tous au véritable mélœna et

n'ont avec lui que de certaines analogies. Le vrai mélœna des enfants est identique par sa nature et ses symptômes pathologiques avec celui des adultes. L'identité principale réside dans les évacuations de sang décomposé ; les autres symptômes qui varient selon les individus, sont : coliques, grande inquiétude, cris, vomissements de matières glaireuses et sanguines, respiration précipitée, froideur de la peau, excepté au bas-ventre, pâleur et décomposition du visage; borborygmes et faiblesse voisine de l'évanouissement.

A l'autopsie les enfants et les adultes morts de cette maladie offrent les mêmes caractères.

Hoffmann a trouvé l'estomac et le canal intestinal d'un enfant regorgeant de sang noir. Oehler a constaté chez un nouveau né l'engorgement de la rate et des veines du bas-ventre.

Ces exemples devraient lever tous les doutes à l'égard de l'identité chez les enfants et les adultes. Le véritable mélœna est distinct du mel. spuria autant par ses symptômes que par les caractères qu'il présente à l'autopsie. Dans le dernier, le mal ne siège pas dans le canal intestinal et les déjections sanguines ne sont produites que par du sang qui a passé d'une manière quelconque dans l'estomac par la bouche. (*Med. Zeit.* n° 11, 1837).

Fréquence relative de l'affection calculeuse; *par* M. Copland Hutchinson.— Arétée avait déjà fait la remarque que la navigation et la vie passée sur mer étaient les meilleurs remèdes pour guérir les maladies des reins. M. Hutchinson a essayé de confirmer cette assertion par la statistique : il s'est assuré que dans les hôpitaux de la marine anglaise on n'observe presque jamais de calculeux. Il en est de même pour les jeunes matelots : de 1830 à 1836 le gouvernement anglais a reçu sur ses vaisseaux 30,000 enfants. Pendant cette période tous les hôpitaux de la marine anglaise, et de l'Angleterre et de l'étranger, n'ont reçu qu'un seul sujet atteint de la pierre. M. Hutchinson en conclut qu'il faut conseiller les voyages par mer, ou la profession de marin à ceux qui sont affectés de maladies des reins. (*Medico-chirurgical transactions*, t. XXIII. 1838.)

Albuminerie (*Incertitude des signes diagnostiques de l'*); par le docteur Toulmouche. — M. Toulmouche cite sous ce titre deux observations qui, selon lui, prouvent que l'existence de l'albumine dans l'urine est un signe diagnostique fort infidèle dans l'affection connue sous le nom de maladie Bright, et que M. Rayer a désignée par celui de néphrite albumineuse.

I. La première de ces observations est relative à une femme dé-

tenue, âgée de 43 ans, qui était en traitement pour une entérite chronique. Ce fut au bout de trois semaines que l'œdème *commença* à se montrer *aux extrémités inférieures* et que la toux se manifesta. Pendant les deux mois suivants, l'œdème persistant, il survint un point de côté que le médecin eut le tort de considérer comme pleurodynique sans examen suffisant. Bientôt l'œdème augmenta et gagna les mains; la paleur était générale; il n'y avait point de fièvre et la faiblesse était grande. De la diarrhée, il n'en est plus question dans l'observation. Dès les premiers jours, la malade se plaignait de douleurs dans les lombes, que M. Toulmouche regarda comme rhumatismales, sans dire pour quels motifs. Elles persistèrent jusqu'à la fin. Enfin l'enflure augmenta, gagna les parois de l'abdomen, la malade s'affaiblit de plus en plus, et expira après plusieurs jours d'agonie.

L'examen de l'urine n'eut lieu que dans les derniers jours, elle était jaune et laissait déposer, soit qu'on la chauffât au bain marie, soit qu'on la traitât par l'acide nitrique, une couche d'albumine de trois à quatre lignes d'épaisseur.

A l'autopsie, on trouva les reins très peu volumineux et parfaitement sains; les deux substances étaient pâles. C'est là toute la description donnée par M. Toulmouche. Les lésions les plus importantes étaient dans les plèvres et le gros intestin. La cavité de la plèvre gauche était occupée par un épanchement de sérosité sanguinolente et par des fausses membranes considérables; le poumon droit adhérent partout présentait des tubercules. L'origine du colon et toute sa portion ascendante étaient transformées en un vaste ulcère, à fond rugueux, noirâtre ou rouge, tapissé de lambeaux irréguliers de la muqueuse en majeure partie détruite, et d'un liquide stercoral sanguinolent. La tunique musculeuse était épaissie de plusieurs lignes, indurée, blanchâtre. Les glandes mésentériques étaient tuméfiées et indurées, et formaient une masse assez volumineuse.

II. Dans la seconde observation, il s'agit d'un phthisique qui n'avait présenté aucun des symptômes de la maladie de Bright, raison pour laquelle dit l'auteur, l'examen des urines ne fut pas fait. A l'autopsie, on trouva les reins dans l'état suivant: « Le rein gauche était très allongé, d'un quart plus que l'autre. Leur tissu était rouge, légèrement granulé, leurs deux substances peu distinctes l'une de l'autre et faciles à déchirer. » (*Gazette méd., février* 1839, n° 8.)

Ces deux observations nous paraissent moins concluantes qu'à l'auteur. Les observateurs qui ont attaché le plus d'importance à la présence de l'albumine dans les urines, ont tous les premiers, comme M. Toulmouche le reconnaît lui-même, cité des faits dans lesquels les urines étaient albumineuses sans que les reins fussent affectés de la maladie particulière décrite par Bright. C'est là justement la raison pour laquelle ils ont beaucoup insisté sur l'importance des autres signes et notamment sur la manière dont l'œdème débute et sur les points qui en sont les premiers atteints. Or, avant de se prononcer sur la première observation, M. Toulmouche aurait dû rechercher si

la marche de la maladie était bien celle de la néphrite albumineuse, et si nous ne nous trompons, il eût trouvé des différences assez notables. Quant à l'état des reins, on désirerait une description plus détaillée. La seconde observation ne prouve rien contre la valeur du signe en discussion, puisque sa présence n'a pas été recherchée, et ici encore les détails anatomiques manquent.

Gangrène spontanée des deux pieds; *amputation des deux jambes, guérison après (Obs. de); par* M. Luke, chirurgien à l'hôpital de Londres. — Trois individus, l'un de 30, l'autre de 17, le troisième de 45 ans, eurent une gangrène des deux pieds, à la suite d'une fièvre grave. Le sphacèle était si complet, que les deux pieds purent être enlevés par quelques coups de ciseaux sur les tendons. M. Luke amputa les deux jambes en une même séance, chez chaque individu, au lieu d'élection. L'opération fut très rapide : en quatre minutes les deux membres furent amputés. La première jambe coupée était confiée à un autre chirurgien pour la panser, en attendant que l'opérateur eût agi sur la seconde. Les deux pansements furent achevés en quinze minutes, et les trois malades guérirent. (*London med. Gazette.* décembre 1838.)

Dysenterie (*Traitement par l'albumine donnée en boissons et en lavements*) *par* le docteur Mondière. C'est une idée théorique qui a engagé M. Mondière à traiter la dysenterie par l'albumine. Réfléchissant qu'on guérit la chlorose, maladie dans laquelle le sang est privé de ses principes ferrugineux, par les préparations martiales, il se demanda si on ne pourrait pas aussi guérir la dysenterie, en redonnant au sang ses principes albumineux qui s'en séparent alors en si grande abondance. Frappé de cette idée, il fit son premier essai sur une de ses malades, qui, malgré l'emploi des sangsues, des bains, des lavements adoucissants, des tisanes de riz, d'orge, avait, depuis plusieurs jours, des déjections alvines fréquentes, composées tantôt de sang pur, tantôt de glaires sanguinolentes ou de flocons albumineux. Il lui fit prendre un blanc d'œuf bien frais, dans un verre d'eau, que la malade but après l'avoir fait légèrement chauffer ; cette dose fut répétée trois fois dans les vingt-quatre heures. Le lendemain la malade était mieux ; elle avait moins de coliques, et avait eu des selles moins nombreuses et moins liquides. Quelques jours après la guérison était complète. Dans deux autres cas, M. Mondière obtint une guérison complète dans l'espace de deux à quatre ou cinq jours, à dater du moment où le traitement fut mis en usage. La maladie était caractérisée par des coliques, du ténesme, des envies fréquentes d'aller à la selle, et peu après par des évacuations d'abord muqueuses et ensuite sanguinolentes. Il y avait, en outre, un mouvement fébrile assez prononcé.

La formule adoptée par M. Mondière est la suivante :

Eau simple . . . . ℔ ij
Blanc d'œuf bien frais . . . . n° vj

Battez avec soin et passez.

Ajoutez :

Sirop de sucre . . . . ℥ iij
Eau de fleurs d'oranger . . . q. s.

On fait prendre aux malades, dans l'espace de 24 heures, trois et quatre bouteilles de ce saccharum, par tasses rapprochées, qu'ils aient ou non de la soif.

En même temps, on fait donner aux malades, trois fois par jour, un demi-lavement composé d'eau simple dans lequel on bat trois blancs d'œuf.

L'efficacité de ce traitement a été telle entre les mains de M. Mondière qu'il a vu des dysenteries fort graves céder dans l'espace de 12 à 24 heures, sans laisser, pour ainsi dire, aucune trace de leur existence, non seulement alors qu'il était mis en usage dès le début de la maladie, mais encore lorsque celle-ci existait depuis huit jours et plus.

A l'appui de cette proposition, M. Mondière cite un assez grand nombre de faits recueillis pendant le cours d'une épidémie de dysenterie qu'il a eu occasion d'observer vers la fin de l'année 1836. Disons, toutefois, que les cas dans lesquels la maladie a cédé au bout de 12 ou 24 heures y sont fort rares.

M. Mondière ne cherche pas à s'attribuer la priorité dans l'emploi de ce médicament, qui déjà avait été mis en usage par M. Bourgeois, avant l'année 1820. (*L'Expérience*, février, 1839; n°s 85 et 86.)

Les observations citées par M. Mondière prouvent certainement que l'eau albumineuse donnée aux dysentériques a eu une notable efficacité ; mais on regrette que l'auteur n'ait pas comparé ce mode de traitement avec d'autres qui ont été préconisés dans l'affection dont il s'agit. Il dit, il est vrai, que la dysenterie avait résisté au *traitement ordinaire* de cette affection ; mais quel est ce traitement ordinaire? Pour M. Mondière, il consiste dans l'application de sangsues, dans l'usage des bains, des lavements adoucissants, des tisanes de riz et d'orge, tandis que pour beaucoup de praticiens il est tout autre. Nous ne parlerons ici que de l'emploi des opiacés et surtout du laudanum donné en lavement à la dose de 8 à 10 gouttes. Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que ce moyen, aidé seulement de la diète et d'une boisson adoucissante, est d'une efficacité

au moins égale à celle de l'eau albumineuse. Il est employé journellement avec le succès le plus sûr et le plus prompt, en sorte, qu'avant de se prononcer en faveur de l'albumine, il serait nécessaire de comparer un certain nombre de cas traités par ces deux moyens. Il importe beaucoup, en thérapeutique, de déterminer non seulement l'efficacité absolue d'un traitement, mais encore son efficacité comparative, afin de ne pas encombrer inutilement cette partie si importante de la science. Peut-être encore que l'albumine réussit dans des cas où les opiacés échoueraient, et réciproquement. Il serait donc très utile de chercher à discerner ces cas. C'est un sujet de recherches qui pourrait fournir un complément utile au mémoire intéressant de M. Mondière.

Séances de l'Académie royale de Médecine.

Séance du 26 février. — La séance de ce jour offre fort peu d'intérêt; elle a été remplie presque en entier par une discussion médico-chimique sur un rapport de M. Caventou. Cet académicien avait été chargé d'examiner un travail de M. Devergie, dans lequel l'auteur, ayant constaté la formation du chlorhydrate d'ammoniaque dans des recherches chimiques sur les viscères abdominaux, en avait conclu qu'il serait très difficile désormais de constater un *empoisonnement par l'acide chlorhydrique.* M. Devergie avait fait remarquer que dans les empoisonnements par cet acide, la décomposition putride des tissus viscéraux donnait lieu à de l'ammoniaque, lequel ne tardait pas à s'unir avec l'acide pour former le sel en question. Dès lors comment reconnaître ce dernier de celui qui existe naturellement? M. le rapporteur croit que M. Devergie s'est trompé, et que sa prétendue découverte n'a pas l'importance médico-légale qu'il a voulu lui attribuer.

Séance du 5 mars. — ACIDE ARSÉNIEUX (*Empoisonnement par l'*). M. Orfila rapporte un nouveau cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, qui vient sanctionner quelques unes des propositions que nous avons extraites de son dernier mémoire, lu dans la séance du 29 janvier. Ce même jour, un homme fut empoisonné par de l'acide arsénieux, mis par mégarde au lieu de farine dans un ragoût. Des vomissements répétés qui durèrent près de 48 heures furent le premier phénomène observé. M. le docteur Coquerel administra le

sesqui-oxyde de fer et fit appliquer des sangsues. Vu le cinquième jour par M. Orfila, le malade présentait les symptômes suivants : Battements du cœur très violents et même douloureux; pas de douleur dans le ventre, pas de diarrhée, quelques symptômes de méningite, et toutefois liberté des mouvements ; fièvre. Une saignée fut pratiquée, et l'on put constater la présence de l'arsenic dans le sang tiré de la veine. Peu de temps après, paralysie incomplète des membres. Nouvelle application de sangsues. Le vingt-deuxième jour, seconde saignée, le sang contient encore de l'arsenic. Actuellement le malade est mieux. Ses membres ont recouvré en partie leurs mouvements; tout fait espérer une guérison prochaine. M. Orfila s'appuie de ce fait pour montrer que les accidents sont dus à la portion absorbée du poison, et que la saignée est d'une grande utilité dans le traitement.

LAIT (*Recherches chimiques sur le*). — M. Chevallier donne lecture des conclusions d'un travail sur le lait, qu'il a fait en société avec M. Henry : 1° le lait est invariable dans le nombre de ses éléments, seulement diverses circonstances peuvent faire varier la proportion de ceux-ci ; 2° la composition du lait varie avec la nourriture à laquelle l'animal est soumis : la nourriture verte est celle qui fournit les meilleurs éléments; 3° le lait est fortement et rapidement influencé par l'état de santé ou de maladie, les fatigues extrêmes, etc. ; 4° certains médicaments, certaines substances toxiques données à l'intérieur ne se retrouvent pas dans le lait, d'autres au contraire y passent avec une étonnante facilité. Parmi les premiers, chose fort remarquable, se trouvent le mercure et ses composés : on a administré ce métal par toutes les voies connues et sous toutes les formes. L'analyse n'a pu en retrouver un atome dans le lait.

Une discussion s'élève à ce sujet. Plusieurs personnes, MM. Londe, Moreau, etc., rappellent que l'on traite des enfants syphilitiques soit en leur donnant des nourrices auxquelles on administre du mercure, soit en leur faisant boire du lait d'une chèvre frottée d'onguent napolitain. M. Chevallier répond que des recherches déjà anciennes sur ce sujet lui ont démontré que dans aucun de ces cas le métal ne passait dans le produit de la sécrétion mammaire. M. Dubois insiste sur la variabilité du lait sous le rapport de l'acidité et de l'alcalinité ; il en est de même de plusieurs autres liquides sécrétés dans l'économie, le mucus entre autres.

Séance du 12 mars. — M. Villeneuve fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lefebvre de Joinville, renfermant quatre

observations de genres fort divers. Les débats qui s'engagent sur ce rapport portant alternativement sur l'une des questions qui s'y trouvent traitées, nous allons, pour éviter le désordre inséparable d'une pareille manière de discuter, les passer successivement en revue, en indiquant à propos de chacun les réflexions auxquelles elles ont donné lieu.

1° **Rupture de la symphyse pubienne pendant un accouchement laborieux.** — La femme, qui fait le sujet de cette observation, avait subi une application du forceps qui avait échoué; cependant l'accouchement avait eu lieu, et après celui-ci on put constater que la symphyse pubienne était rompue. — MM. Moreau et Velpeau rappellent que déjà plusieurs observations semblables existent dans la science. Le premier de ces praticiens en a cité deux exemples. Le second en connaît quatre ou cinq, et il en a observé récemment un fort intéressant dans lequel il n'y avait pas eu application du forceps. On objecte à M. Capuron, qui regarde cette application comme la cause de la rupture, que dans ce cas il y aurait eu lésion des parties molles situées entre le pubis et l'instrument. On sait d'ailleurs que pendant la grossesse les ligaments pubiens sont notablement relâchés. Ce fait est surtout confirmé par M. Roux qui a fait des recherches autrefois sur ce sujet, lors des querelles entre le célèbre Baudelocque et Alphonse Leroy, au sujet de la symphyséotomie que rejetait le premier. Baudelocque, qui niait l'ampliation du bassin par suite de l'écartement naturel ou artificiel des symphyses, fut forcé de se rendre à l'évidence des faits que lui présenta M. Roux, et modifia ses opinions. A ces remarques M. Moreau ajoute que l'utilité de ce relâchement peut être regardée comme négative pendant la parturition, puisqu'alors les muscles du ventre, ne trouvant plus sur les pubis un point d'appui solide, se contractent sans résultat et laissent à l'utérus tout le travail de l'expulsion.

2° **Luxations coxo-fémorales** (*réduction par un procédé particulier dans lequel le membre est tiré parallèlement à l'axe du corps.*) Les considérations de l'auteur sur ce point sont purement théoriques, et, comme le fait remarquer M. Roux, ne reposent sur aucun fait. A ce propos, ce dernier chirurgien avance que d'ailleurs les luxations de la cuisse sont fort rares. Cette assertion est relevée par M. Gerdy qui fait voir qu'une pareille opinion tient à la position des chirurgiens qui l'ont avancée. Effectivement, dans les hôpitaux du centre on en voit très rarement, mais dans les établisse

ments de la circonférence de pareils accidents sont, on peut le dire, fréquents. Depuis quatre ou cinq ans, M. Gerdy en a vu une dixaine de cas, les Anglais en citent de nombreux exemples. Quant au procédé de M. Lefebvre, il est essentiellement vicieux en ce que ce médecin conseille de faire les tractions dans le sens de l'axe du corps pour réduire les luxations en haut et en dehors (luxations iliaques). En effet, si l'on agit ainsi, la tête au lieu de rentrer dans la cavité cotyloïde glisse sur le plan incliné que celle-ci présente en arrière et va tomber dans l'échancrure sciatique : on transforme ainsi la première luxation en une autre en arrière : il faut tirer obliquement, de manière que la tête de l'os passe nécessairement par le centre de la cavité. M. Gerdy cite en terminant un cas fort curieux de luxation incomplète dont l'autopsie a fait constater l'existence. M. Barthélemy rapporte un cas analogue observé sur le cheval.

3° Ligature de la saphène interne pour guérir un ulcère variqueux. — M. Bérard après avoir blâmé l'auteur de s'être servi du mot de phlebite pour désigner l'état variqueux des veines, dit que le procédé de la ligature est aujourd'hui abandonné.

4° Un cas de section du tendon d'Achille pour guérir un pied bot, n'offrant q 'un exemple de plus à joindre aux centaines de faits que la science possède aujourd'hui, passe sans observations.

— Les deux séances suivantes ont été entièrement occupées par des objets étrangers à la science, par l'élection des membres qui doivent faire partie du jury pour le concours de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Séances de l'Académie royale des Sciences.

Séance des 11 *et* 18 *mars.* — Rhinoplastie. — M. Breschet présente un malade, auquel il a enlevé une tumeur cancéreuse du nez, de la grosseur d'un macaron, et qui s'étendait jusque dans les fosses nasales; pour combler cette perte de substance, ce chirurgien a emprunté un lambeau de la peau du front. De chaque côté, une cicatrice longitudinale, assez peu profonde, indique le lieu de la réunion. M. Breschet pense que cette forme des cicatrices est la plus propre à empêcher la récidive. Le malade dit que la seule différence qu'il éprouve était une moindre chaleur dans la partie de peau surajoutée.

Lait des vaches affectées de la cocote. — M. Chevreul commence, au nom de la commission à laquelle M. Turpin avait été adjoint, la lecture d'un rapport sur une note présentée par M. Donné, au sujet de l'altération qu'offre le lait des vaches atteintes de la cocote : ce rapport comprend l'exposé de la note en question, les recherches propres à la commission de l'académie, la détermination des effets de ce lait sur la santé, et l'indication des travaux à entreprendre dans cette voie en cas d'épizootie ou d'épidémie. On se rappelle que, d'après M. Donné, au début de la maladie des vaches, alors qu'il n'y avait que quelques pustules sur les trayons, le lait, observé au microscope, ne présentait aucun changement : le second jour, on y retrouvait déjà les caractères du *colostrum* de la femme, savoir : l'acidité, la présence de quatre sortes de globules, butireux, agglomérés, muciformes et muqueux, et enfin la propriété de devenir visqueux par son mélange avec l'ammoniaque. Ces effets se prononçaient de plus en plus à mesure que la maladie faisait des progrès ; et, au dixième jour, lorsque le trayon était atteint de l'engorgement que les nourrisseurs désignent sous le nom de *cru*, le lait qu'on obtenait était mêlé de pus, verdâtre, fétide, offrant à la fois l'odeur des acides du beurre et des matières animales putrides. Les trayons voisins pouvaient d'ailleurs fournir un lait de bonne qualité si la maladie ne s'était pas étendue jusqu'à eux.

La commission a voulu vérifier ces résultats : elle s'est procuré dix échantillons de lait de vaches malades, cinq provenant de la ferme de Grignon, et les autres traits en présence des commissaires à l'abattoir de Montmartre. Bien que les quantités de lait obtenues fussent insuffisantes pour faire des recherches analytiques convenables, la commission a reconnu l'existence des quatre espèces de globules, et l'épaississement au moyen de l'ammoniaque. Quant à l'acidité, elle n'était pas générale : plusieurs échantillons offraient une réaction alcaline : dans trois cas, les divers trayons donnaient des laits différents. M. le rapporteur consigne ici une observation curieuse due à M. Robiquet. Quand le lait devient visqueux par l'ammoniaque, l'addition de l'acide acétique, au lieu d'y former un précipité, ne fait naître qu'un léger trouble. Le même observateur a encore reconnu que le lait filtré n'est plus épaissi par l'alcali, ce qui prouve que la matière qui lui donne cette propriété n'est qu'en suspension.

M. Lassaigne a fait, sur les vaches du troupeau d'Alfort, des observations analogues à celles de la commission; il a en outre reconnu qu'une vache malade, mais non de la cocote, donnait un lait trouble qui se coagulait spontanément : il attribue cette propriété à la pré-

sence de l'albumine. En résumé, le lait des vaches atteintes de cocote aurait pour caractères le défaut d'homogénéité et de liquidité, la présence de globules de diverses espèces et l'épaississement au moyen de l'ammoniaque. Mais ce qu'il importe le plus d'établir, c'est que ce lait ne peut avoir aucune action nuisible sur l'économie; proposition confirmée d'ailleurs par l'analyse chimique et microscopique, puisqu'il offre la constitution du *colostrum*, et que les matières spéciales trouvées dans quelques échantillons rares ne paraissent être autre chose que de la fibrine ou de l'albumine, substances, comme on sait, non seulement douées d'innocuité, mais même nutritives à un haut degré.

La deuxième partie du rapport de M. Chevreul a trait aux recherches qu'il conviendrait d'entreprendre dans les cas d'épizootie, d'épidémie ou de maladie contagieuse, afin de tirer le plus grand parti possible des lumières fournies par l'analyse chimique. Ces recherches devraient porter sur les matières organiques et sur les agents extérieurs, tels que l'air, l'eau, etc. Pour ce qui est des matières organiques, on comprend sans peine qu'il faut s'aider des données fournies par la médecine, afin de déterminer et les symptômes dont la réunion constitue la maladie qu'il s'agit d'étudier dans les produits morbides qu'elle fait naître, et les lésions de tissus qui accompagnent ces symptômes : de là aussi la nécessité d'analyses exactes des humeurs ou des tissus considérés dans l'état sain, afin de s'en servir comme de point de comparaison : malheureusement, dans l'état actuel de la science, ces analyses manquent complétement. Bien plus, la proportion des principes immédiats du sang, du lait, etc., n'est pas réduite en formules assez précises pour qu'on puisse les exécuter; et ces principes eux-mêmes n'offrent pas toujours des caractères assez positifs pour qu'il soit toujours possible de les distinguer entre eux : ainsi le caséum, la fibrine, l'albumine concrète, soumis à l'action des agents chimiques, offrent des propriétés presque identiques. Que sera-ce donc si à ces causes d'erreur, on joint encore celles qui sont inhérentes à l'exiguité de la proportion du principe hétérogène, engendré dans une humeur ou un tissu par la maladie, et à son existence passagère, qui empêche de vérifier les inductions fournies par un premier examen.

Les analyses dont il est ici question offrent donc une excessive difficulté : elles seront sans doute rendues plus accessibles aux efforts des chimistes par les progrès de la science. C'est ainsi qu'avant les travaux si remarquables de M. Chevreul lui-même sur les corps gras, il eût été impossible de caractériser les graisses contenues dans

le sang ou la bile, tandis qu'aujourd'hui les résultats obtenus à ce sujet sont des plus satisfaisants.

Les recherches microscopiques ne sont pas d'une moindre importance. Les humeurs animales, malgré une homogénéité apparente, sont souvent constituées par des globules, qui nagent dans un liquide transparent ou opaque; tels sont le sang, le lait, le pus, etc. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que, dans ce cas, l'identité de forme ne prouve pas celle de nature; il suffit même que cette forme soit simple pour qu'elle s'applique à des substances fort différentes. L'identité des caractères chimiques peut seule éclairer sur la nature véritable des corps que l'on étudie.

Si l'on fait au lait l'application des principes qui viennent d'être émis, on voit que l'analyse normale de ce liquide est encore à faire; que dans le beurre, par exemple, la proportion des acides gras est loin d'être fixée d'une manière précise; que le caséum aurait besoin d'être étudié plus complétement, comparativement à la fibrine et à l'albumine coagulée, pour établir les altérations qu'il est susceptible d'éprouver sous l'influence des maladies. Les réactions les plus simples du lait forment encore un sujet de divergence parmi les observateurs : acide pour les uns, ce liquide est alcalin pour les autres. La commission voulant avoir, sur ce point, des données positives, a fait à Alfort des expériences d'où il résulte que le lait, dirigé sur le papier réactif, au sortir du pis, est habituellemnet, mais non toujours, alcalin. On se rappelle à cette occasion que M. Lassaigne a observé des vaches dont le lait offrait, à quelques jours d'intervalle, des réactions opposées sur les couleurs végétales. La présence du pus dans le sang ou dans le lait est-elle plus facile à établir? Tout chimiste répondra par la négative; car il ne suffit pas d'y constater la présence de globules d'une forme particulière, ou de montrer que le liquide s'épaissit par l'ammoniaque, les globules de pus et de mucus ayant la même apparence, et le *colostrum*, qui n'a rien de morbide, devenant aussi visqueux par l'addition de l'alcali, comme l'a montré M. Donné lui-même : ici encore, il faut donc remonter à l'étude chimique des principes immédiats.

Les recherches qu'il conviendrait d'entreprendre sur les agents extérieurs donnent lieu à des considérations analogues à celles que nous venons de présenter. Jusqu'ici on n'est arrivé à aucun résultat; ce n'est pas qu'on n'ait reconnu dans l'air des principes étrangers à sa constitution ordinaire. On a pu, en recueillant la rosée condensée sur les parois d'un vase rempli de glace, y démontrer la présence des substances organiques; on a également mis hors de doute l'exis-

tence d'un élément hydrogéné dans l'air ; mais il eût fallu prouver que ces principes étaient doués de propriétés nuisibles, et cette démonstration est d'autant plus urgente, que, d'une part, nos opérations industrielles et une foule d'autres actes naturels ou artificiels versent dans l'air des éléments d'origine organique, et que, de l'autre, la présence d'un principe immédiat nouveau dans un foyer de maladie peut être, non la cause, mais bien un symptôme de l'affection régnante. Par opposition à ces considérations, on ne peut nier l'existence d'un agent délétère, en se fondant sur ce qu'on ne l'a pas trouvé : combien de fois n'a-t-on pas méconnu des métaux cachés en minime portion dans des alliages ? Il faudrait donc, à l'aide de moyens mécaniques, comme la compression ou le refroidissement, chercher à condenser les miasmes contenus dans l'air. On devrait aussi tâcher de les séparer des matières solides ou liquides d'où ils s'échappent, ou même en déterminer la formation; puis on les étudierait par les procédés chimiques ordinaires. L'examen des eaux destinées aux usages domestiques donne lieu à des considérations de même nature, et d'autant plus importantes, que certains arts ont pour effet de vicier les eaux qu'ils emploient, en y introduisant des matières vénéneuses telles que des sels arsénicaux. L'on conçoit alors le danger qui pourrait résulter du mélange de ces eaux ainsi altérées avec celles que nous destinons à nous servir de boisson.

BULLETIN.

ENCOMBREMENT DES CONCOURS.—MOYEN D'Y OBVIER. — CONCOURS POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN AU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX.

Les concours se succèdent rapidement à l'Ecole de Médecine; mais si les chaires vacantes se multiplient, on peut dire que les concurrents se multiplient au centuple. On se souvient encore de ce long concours pour la chaire d'hygiène; et ce n'est pas sans plaindre le sort des candidats, qu'on les voit s'engager dans celui qui va s'ouvrir, et qui promet d'être tout aussi remarquable par sa durée.

Il n'est rien, selon nous, de plus nuisible aux intérêts des concurrents (nous parlons des concurrents sérieux, de ceux qui veulent

devoir leur nomination à leur travail et à leur savoir) que leur nombre trop considérable. Il est facile de le démontrer. Et d'abord, quel est le but qu'on se propose dans un concours? Est-ce de savoir si tel ou tel individu est capable d'occuper la place? Non certainement; ce n'est point ce mérite absolu que l'on cherche à découvrir, c'est un mérite relatif. On veut savoir quel est le plus digne entre les plus dignes : *primus inter pares*. C'est donc à rendre les moyens de comparaison le plus sûrs et le plus faciles que doivent tendre les efforts de la Faculté. Eh bien, nous ne craignons pas d'être démentis en disant qu'entre ce grand nombre de concurrents toute comparaison est impossible. Comment voulez-vous comparer deux épreuves à trois semaines, ou un mois de distance? Quelle impression avez-vous conservée de la première ? elle n'est plus qu'un vague souvenir tandis que la seconde est encore vivante et animée dans votre esprit. Ce n'est pas tout; pourrait-on nier qu'il ne fût très important de pouvoir mettre constamment en présence les concurrents qui se montreraient les plus forts? et comment veut-on espérer d'atteindre ce but lorsque c'est au hasard qu'on en confie le soin! N'est-il pas vrai encore, qu'en arrivant à la fin de cette longue lutte, tout est accablé de fatigue, juges, candidats et auditoire? Tristes conditions pour bien juger, pour bien concourir, et pour suivre attentivement les débats. Enfin, chacun sait combien il est difficile de maintenir une égalité satisfaisante dans le grand nombre de questions que consomment ces interminables épreuves ; nouvel inconvénient non moins grave que les premiers, car les sujets les plus ingrats et les plus stériles étant dévolus souvent par le sort aux plus dignes, ils peuvent, par le simple effet du hasard, paraître beaucoup au dessous d'eux-mêmes.

Telle est, selon nous, la plaie la plus grave des concours, et tous ceux qui sont un peu versés en pareille matière seront forcés de convenir que ces objections ont quelque fondement. Il en est une autre que nous avons entendu faire quelquefois, et que nous sommes forcés de reproduire ici; c'est la tendance trop naturelle de beaucoup de juges à faire prévaloir un ami, un parent, un protégé. Nous pensons qu'on doit prendre toutes les précautions possibles pour s'opposer à cette tendance presque irrésistible de l'humanité. Qu'on ne nous parle ni de conscience, ni de probité; nous savons quelles sont les excellentes raisons qu'on trouve toujours à opposer aux objections de ces deux fâcheuses. Vous favorisez celui-ci, ce n'est point parce qu'il est votre parent ou votre ami, Dieu vous en garde! c'est parce qu'il a un mérite au moins égal à son concurrent, et *à mérite égal*, il est juste

qu'il soit favorisé. Rien n'est plus commode que le mérite égal! Votre protégé a été faible dans la première épreuve, mais il a été fort dans la seconde; or, celle-ci a évidemment beaucoup plus de valeur. S'il eût été plus faible dans la seconde, les motifs n'auraient pas manqué de donner plus de valeur à la première. Telle est l'histoire de bien des jugements; on ne peut le nier.

Comment donc faire pour ôter à certains hommes le plus de moyens possible de se tromper ainsi eux-mêmes? C'est encore de limiter le nombre des concurrents, car si vous en mettez un très petit nombre en présence les uns des autres, s'ils sont constamment aux prises, si aux yeux des moins clairvoyants la supériorité de l'un d'entre eux peut devenir évidente, ayant infiniment moins de ressources pour pallier, même à vos yeux, une injustice, vous aurez beau appeler à votre aide toutes les circonstances aggravantes ou atténuantes, vous serez bien plus en garde contre la tentation.

On ne saurait croire quelle facilité on trouve à donner, dans ces longs concours, aux épreuves des divers candidats, la couleur qu'on veut leur voir. Celui-ci a été supérieur; le premier jour on en convient ou à peu près; quelques jours plus tard, on doute; puis viennent d'autres épreuves qui vous distraient; vous commencez à croire que la leçon qui vous avait frappée était médiocre; bientôt vous en êtes convaincu. Que dans ce moment un candidat aimé se présente, qu'il soit à peu près satisfaisant, et sa supériorité sur l'autre est incontestable. Or, imaginez quel profit pourraient tirer de cette facilité à abuser les autres, après s'être abusés eux-mêmes, ou sans s'être abusés du tout, ceux qui sont sous le joug d'influences supérieures, ceux qui conservent dans leur ame les vieilles rancunes de l'amour-propre blessé, ceux qui, exclusifs dans leur opinion et regardant comme ennemi quiconque ne se fait pas leur écho, lui dit, sois pour moi et avec moi, et sinon, non, etc. etc.?

En résumé donc, le grand nombre des concurrents s'oppose à ce que bonne justice soit rendue : 1° parce qu'en éloignant beaucoup les épreuves, il rend la comparaison presque impossible. 2° Parce que les candidats les plus forts étant exposés à ne se trouver jamais en présence, le concours n'est plus une lutte à armes égales. 3° Parce que la longueur des concours fatigue, distrait l'attention des juges. 4° Parce qu'il est plus facile à la protection et à l'intrigue d'agir au milieu d'une foule tumultueuse, aux opinions diverses et opposées, aux ambitions criardes, qu'en présence de deux ou trois noms, dont le mérite absolu et relatif peut facilement être apprécié de tous.

Une autre objection, enfin, qui s'est présentée à chacun, c'est l'impossibilité dans laquelle se trouveront bientôt les administrations de supporter les charges de ces éternels concours. Voir toute l'année les amphithéâtres occupés par les concurrents et leurs juges, ne pas pouvoir jouir un seul instant du jeu régulier de la machine, sans être obligé d'y faire quelque réparation, c'est à n'y pas tenir; et vraiment, on ne peut guère s'étonner que les premiers intéressés aient fort peu de sympathies pour le concours. Aussi croyons-nous que beaucoup de répugnances seraient vaincues, si par quelque moyen on parvenait à réduire les concurrents à un nombre raisonnable, et à rendre tolérable la longueur de la lutte.

Ce moyen fort simple a été déjà plusieurs fois proposé; c'est *l'épreuve d'élimination.* Pour quel motif l'a-t-on négligé jusqu'ici? Nous l'ignorons. A-t-on craint de blesser quelques intérêts? ou bien, veut-on laisser le concours s'étouffer lui-même par trop de plénitude et de pléthore? C'est une question que nous ne chercherons pas à décider; nous nous bornerons à démontrer que si l'épreuve dont nous parlons est bien conçue, elle peut être décisive, sans léser aucun droit, sans froisser aucun intérêt.

S'il est une épreuve qui doive être égale en tout, c'est à coup sûr celle-là. L'épreuve éliminatoire doit nécessairement consister dans une composition écrite; car de l'avis de tout le monde, c'est là l'épreuve égale par excellence. Son étendue doit être proportionnée à la longueur du temps donné pour la traiter; on doit même, à notre avis, donner plus de temps qu'il n'en faut, car c'est dans le plus ou moins de fini de l'œuvre que devront se trouver les plus grandes différences. S'il s'agit de se montrer le plus agile à la course de la plume; s'il n'est besoin que de faire voler la main sur le papier, tandis que l'esprit se repose; si, en un mot, il faut faire des efforts surnaturels pour être *le plus complet* possible, l'épreuve est mauvaise et ridicule. Craignez alors que de tous côtés les reproches niais d'omissions ou d'oublis ne viennent tomber sur celui qui par la perfection du plan, l'intelligence des détails, l'importance pratique des faits, a réellement placé sa composition bien au dessus de ce fatras indigeste, de ce monstre exubérant que tant de gens savent enfanter en quelques heures, en se glorifiant d'être complets. Si l'on voulait avoir des professeurs bavards, à la bonne heure; mais croyons qu'il n'en est point tout à fait ainsi.

Maintenant, où choisir le sujet à traiter? Cette question est difficile, et doit se renouveler à chaque concours; car sur ce point il ne peut y avoir de principes fixes. Nous nous contenterons de dire

qu'il ne serait pas toujours avantageux, ainsi qu'on pourrait le croire d'abord, de prendre ce sujet dans la matière proprement dite du cours que devra professer le vainqueur. Cela paraît étrange au premier abord; mais prenons un exemple dans le concours qui va s'ouvrir.

Il s'agit de disputer une chaire de matière médicale et de thérapeutique. Devrait-on se borner à proposer dans l'épreuve éliminatoire des questions d'histoire naturelle, de préparation des médicaments et d'application de ces médicaments? Non, selon nous. Le but de ce cours est, nous en convenons, de faire l'histoire des médicaments, d'indiquer la manière de les administrer, et de faire connaître leurs effets. Mais suffit-il pour cela de savoir qu'on les a employés dans telle ou telle maladie, et de répéter ce qui a été déjà dit? Non, encore un coup, le professeur doit être en état de juger la valeur des observations présentées en faveur des opinions diverses; il doit pouvoir juger si les résultats obtenus sont apparents ou réels; il doit donc être profondément versé dans la pathologie; il doit être essentiellement médecin. Supposons qu'on préconise un médicament contre telle maladie, et que dans les faits cités à l'appui, il y en ait un bon nombre qui ne s'y rapportent nullement, on fera passer pour héroïque aux yeux de l'homme peu versé en pathologie, un remède qui sera tout à fait impuissant aux yeux d'un vrai pathologiste; et cela, au détriment des malheureux malades. Ainsi donc, la pathologie avant tout.

Eh bien! voilà pour le cas présent une mine féconde en excellents sujets d'épreuves éliminatoires. S'il est vrai, comme on le dit, que des hommes fort estimables d'ailleurs, mais uniquement versés dans les sciences accessoires, se présentent à ce concours, ce serait leur rendre service à eux-mêmes que de les rendre immédiatement, par ce moyen fort simple, aux travaux dans lesquels ils se sont depuis longtemps distingués.

C'est une couleur médicale qu'il faut donner à ce concours, et rien ne remplirait mieux ce but que le moyen que nous proposons; car après cette première épreuve, les juges étant sûrs qu'ils n'ont affaire qu'à des candidats vraiment instruits en pathologie, on pourrait entrer hardiment dans les épreuves plus spéciales et ayant un rapport plus direct avec l'objet du cours, épreuves qui alors reprendraient toute leur importance. Si, au contraire, on suit l'ancienne méthode ce qui aura lieu sans doute malgré toutes ces raisons, (excellentes pour nous, comme on peut le croire), il faudra que les juges qui veulent des médecins dans l'école de médecine, aient soin d'introduire la pathologie dans chaque épreuve, qu'ils aient toujours

l'esprit attentif à distinguer l'accessoire du principal; travail fatigant qu'une mesure bien simple leur aurait évité.

On nous dira sans doute : « Il est trop tard; la nature des épreuves pour ce concours ne saurait ainsi changer au moment de son ouverture. » Tant pis s'il en est ainsi. Ce sera encore bien du temps perdu pour des personnes qui pourraient fort utilement l'employer. Mais il n'est jamais trop tard pour dire une vérité utile. Si elle ne triomphe pas aujourd'hui; ce sera demain; l'avenir lui appartient. Dieu veuille, pour le concours et pour les concurrents, que cet avenir ne soit pas trop éloigné.

— Un concours pour deux places de médecins du bureau central des Hôpitaux vient d'être officiellement annoncé. S'il faut en croire ce qu'on dit, cette annonce a fait lever le ban et l'arrière-ban des concurrents, c'est à peine si le bureau des inscriptions pourra suffire. Encore un fait en faveur de l'épreuve éliminatoire.

VALLEIX.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité philosophique de médecine pratique, par A. N. GENDRIN, D. M., médecin de l'hôpital de la Pitié, tome I. Un fort volume, in-8°, chez Germer Baillière.

En lisant ce titre un peu ambitieux, on se demande d'abord qu'est-ce que l'auteur a voulu entendre par traité philosophique de médecine pratique. C'est une explication qu'il ne nous donne pas, et en lisant son ouvrage, on ne trouve, ce nous semble, ni plus ni moins de philosophie, que dans tous les autres traités de pathologie connus jusqu'à ce jour. Bien plus, aujourd'hui moins que jamais, il est philosophique de faire un traité dogmatique de médecine, et sous ce rapport, l'ouvrage de M. Gendrin nous paraît mentir à son titre. Qu'y a-t-il, en effet, de philosophique à vouloir, lorsque tout le monde convient que la plupart des questions médicales sont encore enveloppées d'obscurité, enseigner la pathologie, comme si toutes les parties en étaient parfaitement connues? Nous aimerions mieux, cent fois, de bonnes recherches sur le sujet le plus restreint, que ces grands ouvrages qui ne font pas faire un seul pas à une science qui a tant besoin d'aller en avant.

Quant au côté pratique, le traité tient-il bien tout ce qu'il promet?

C'est ce que nous verrons dans le cours de cette rapide analyse. Disons seulement un mot de la méthode de l'auteur, afin de voir si ses préceptes peuvent réellement être utiles à la pratique. M. Gendrin décrit les maladies d'après l'impression générale que lui ont laissée soit ses observations, soit ses lectures. On voit déjà dans quel vague il doit laisser le lecteur, relativement à la valeur des symptômes, Quant à l'efficacité de tel ou tel traitement, ce n'est point ordinairement par la méthode expérimentale qu'il l'apprécie S'il préconise tel ou tel moyen, c'est qu'il est généralement employé; ou bien, c'est qu'il lui paraît rationnel, et d'où il résulte qu'on sait très bien que, suivant M. Gendrin, telle médication doit être utile; mais que l'on n'a jamais sous les yeux aucun fait qui mette hors de doute les assertions qu'il avance. On se plaint toujours que la thérapeutique est dans l'enfance ; ce n'est point par la méthode de M. Gendrin qu'on l'en fera sortir.

Ce premier volume, netraite que des hémorrhagies. Il est divisé en quatre livres. Dans le premier M. Gendrin s'occupe des hémorrhagies en général; le deuxième est consacré aux hémorrhagies qui ont lieu sur des surfaces exhalantes, ou par les voies de sécrétion; dans le troisième on trouve l'histoire des hémorrhagies dont le siége est l'épaisseur même des tissus; dans le quatrième, dit M. Gendrin, il est question des modifications morbides des hémorrhagies fonctionnelles.

Cette division nous paraît simple et naturelle. Il se trouvera peut-être quelques esprits qui lui reprocheront d'être un peu trop anatomique; mais sur quelle meilleure base la fonder? Sans doute, le siége n'est point tout dans les hémorrhagies; mais c'est, sans contredit, la circonstance capitale, celle qui tient sous sa dépendance la plupart des phénomènes importants de l'affection. Cette division est d'autant meilleure, que sous les quatre chefs admis par M. Gendrin on peut parfaitement faire entrer toutes les questions relatives aux hémorrhagies, sans craindre de placer dans un chapitre ce qui appartient à l'autre.

Le 1er chapitre du livre premier est consacré à la description générale des symptômes des hémorrhagies. Quoique ce ne soit pas là la partie la plus difficile de la question, il est cependant quelques points sur lesquels il nous paraît difficile de se prononcer, dans l'état actuel de la science. Voyons comment M. Gendrin a résolu ces problèmes.

» Les phénomènes, dit-il, qui se manifestent dans l'économie animale, par l'effet d'une hémorrhagie, diffèrent essentiellement suivant

la période à laquelle la maladie est parvenue, et même suivant les circonstances dans lesquelles elle s'est déclarée. Tous ces phénomènes peuvent être rapportés à quatre conditions ou états morbides qui se distinguent par des symptômes particuliers relativement aux différentes périodes dans lesquelles les hémorrhagies s'offrent à l'observateur. Ces conditions morbides élémentaires, que nous devons décrire successivement avant d'indiquer comment elles se combinent pour constituer un seul état morbide, sont 1° la polyaimie (pléthore vraie ou état fluxionnaire); 2° l'hyperaimie ou la congestion sanguine locale; 3° l'extravasation sanguine ou l'hémorrhagie proprement dite; 4° l'oligaimie (anémie). »

Nous ne trouvons pas dans ce passage toute la clarté qu'on doit désirer dans un ouvrage scientifique. M. Gendrin ajoute : « De ces états morbides, les deux premiers sont souvent les prodromes de la maladie ; le dernier n'en est jamais que la suite. »

Selon nous, M. Gendrin n'indique pas d'une manière assez précise, qu'à ses yeux, il y a dans une hémorrhagie bien plus qu'un écoulement de sang, et que la réunion des symptômes qui marquent le début, le milieu et la fin, lui servent à caractériser l'affection. Ces divers phénomènes sont donc, suivant M. Gendrin, les conditions élémentaires qui se combinant diversement, constituent des états morbides, ayant de nombreux points de ressemblance, mais aussi des caractères particuliers. Or, comment ces éléments se combinent-ils? C'est là, certes, une belle question de pathologie générale. Mais les faits manquent encore pour la traiter d'une manière satisfaisante, et c'est pourquoi, sans doute, M. Gendrin l'a passée sous silence après l'avoir posée, et s'est contenté de décrire les *quatre conditions élémentaires* qu'il a admises.

Pour donner une idée de la manière de M. Gendrin, il nous suffira d'examiner sa description des prodromes de l'hémorrhagie. « On voit, dit-il, le plus souvent l'hyperaimie hémorrhagique et l'hémorrhagie elle-même précédées par les symptômes suivants : Un frisson léger général, avec horripilation, se manifeste ; les extrémités se refroidissent, la peau devient pâle sur presque tout le corps, une sensation générale de fatigue et de courbature se répand dans tous les membres; la région du corps dans laquelle l'hémorrhagie va éclater, est en même temps le siége d'une douleur gravative obtuse et d'une chaleur plus vive que la chaleur normale; le pouls devient serré, dur; la diastole artérielle est courte et brusque, le *pouls est dicrote*, en même temps ou presque immédiatement les symptômes d'hémorrhagie se manifestent. »

Il est évident que M. Gendrin a complétement oublié qu'il traitait des hémorrhagies en général, et non passeulement des hémorrhagies abondantes et graves. N'y a-t-il donc pas des hémorrhagies en très grand nombre dans lesquelles la plupart ou la totalité de ces symptômes manquent? Est-il d'ailleurs bien prouvé que tous ces *prodromes* méritent l'attention que leur donne l'auteur? Assurément nous ne doutons pas que M. Gendrin n'ait trouvé, dans plusieurs cas, le *pouls dicrote;* mais dans quelle proportion? C'est là l'important? car ces symptômes tirent leur principal intérêt de leur fréquence. Cette description, M. Gendrin l'a donnée, parce qu'on l'avait donnée avant lui; il eût été cent fois plus utile pour la science de donner une analyse, même incomplète, de quelques faits, que de répéter ainsi la description banale des symptômes de l'hémorrhagie violente, et de la donner comme un type de toutes les hémorrhagics.

En voilà assez pour prouver que nous n'avons point parlé légèrement, en disant qu'un traité de médecine était une œuvre encore impraticable. Ces objections, ces doutes que nous venons d'élever relativement à un passage, il faudrait les élever encore à chaque page, car ce sont partout les mêmes défauts. C'est que le travail préliminaire et indispensable de tout traité de pathologie n'est pas encore fait; c'est que l'observation n'a pas encore rassemblé et préparé les matériaux nécessaires à la construction de l'édifice.

Dans le livre deuxième, M. Gendrin traite des hémorrhagies des membranes muqueuses, des membranes séreuses et de la peau. L'épistaxis, l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hémorrhagie intestinale, l'hématurie, y sont traitées dans autant de chapitres. Quelques observations curieuses jettent de l'intérêt sur ces articles, dont le principal défaut est toujours le vague et l'indécision. Sous le titre d'hémorrhagies cutanées, ou hématidroses, l'auteur a rassemblé un grand nombre de cas de sueurs de sang, recueillies dans les auteurs. Il ne croit pas devoir traiter spécialement des hémorrhagies des membranes séreuses, parce que, dit-il, ces hémorrhagies ne sont que des lésions secondaires, qui ne peuvent être considérées que comme des épiphénomènes graves d'une maladie d'une toute autre nature. Cette explication ne nous paraît pas entièrement satisfaisante; car 1° en admettant même l'exactitude du fait, on ne voit pas pourquoi il serait inutile de savoir à quoi s'en tenir sur des épiphénomènes qui peuvent ajouter eux-mêmes tant de gravité à la maladie primitive; 2° c'était même une question importante que de mettre hors de doute une semblable assertion; 3° enfin, on peut objecter à l'auteur que ces hémorrhagies méritent une place dans le

traité au même titre que beaucoup d'hémorrhagies des surfaces muqueuses, qui ne sont assurément que des épiphénomènes d'une maladie plus grave, telles que les hémoptysies des tuberculeux.

Dans le livre consacré aux hémorrhagies interstitielles M. Gendrin traite avec beaucoup de détail des hémorrhoïdes, des apoplexies cérébrales, et de l'apoplexie pulmonaire, à laquelle il donne le nom plus convenable de pneumo-hémorrhagie. Dans tous ces chapitres on trouve très fréquemment la preuve que M. Gendrin a beaucoup vu et sait beaucoup, mais l'esprit du lecteur reste constamment dans une incertitude désespérante. C'est qu'il n'y a dans la manière dont M. Gendrin a présenté ses opinions, aucune précision vraiment scientifique. Nul doute qu'un bon nombre des propositions qu'il avance ne soient l'expression de la vérité; mais n'y en a-t-il aucune de fausse ? Et quel moyen avons-nous de distinguer les unes des autres, si nous ne trouvons pas les faits à l'appui ? C'est donc aux faits et à leur analyse qu'il nous faut revenir. Il eût mieux valu y avoir recours tout d'abord.

Que devons-nous penser, par exemple, de propositions telles que la suivante : « Il est rare que les hémorrhagies encéphaliques se manifestent sans avoir été précédées de prodromes. L'assertion contraire provient de ce qu'on s'est trop exclusivement arrêté aux faits recueillis dans les hôpitaux sur une classe de personnes habituées à négliger beaucoup de symptômes de dérangement de santé et à mal en rendre compte. » On se demande quels sont les faits qui ont mis M. Gendrin sur la voie de cette découverte. Et ceci n'est certainement pas une question oiseuse, car s'il était réellement vrai que les apoplexies fussent ordinairement précédées de prodromes, on sent combien on devrait redoubler d'attention pour les connaître parfaitement, afin de pouvoir opposer à la maladie un traitement actif dès leur apparition. Quant à la négligence des malades et à leurs mauvaises réponses, M. Gendrin nous paraît avoir exagéré ces inconvénients. Quand on interroge méthodiquement et avec grand soin les malades, la vérité se fait jour dans le plus grand nombre des cas. Ce ne sont pas d'ailleurs des accidents qu'il soit facile de négliger, que la pesanteur habituelle de la tête, les bouffées de chaleur vers la face, les étourdissements, les bruissements dans les oreilles, les illusions d'optique, les douleurs pongitives dans les tempes et les oreilles, et tous les symptômes rangés par l'auteur parmi les prodromes des apoplexies. Si donc on ne partage pas la manière de voir de M. Gendrin, on sera fort excusable, car M. Gendrin n'a donné aucune preuve suffisante de sa justesse. Nous pourrions

facilement citer beaucoup d'exemples semblables, mais nous croyons nous être assez expliqués et avoir fait suffisamment comprendre le genre de reproche que nous croyons devoir adresser, non pas à telle ou telle partie de l'ouvrage en particulier, mais à l'ouvrage tout entier. Cependant, il faut le dire, en se plaçant au point de vue de l'auteur; en mettant de côté toute question de méthode, en comparant ce volume aux divers traités didactiques que la science possède déjà, on doit regarder celui-ci comme supérieur à tous les autres, soit pour le soin plus grand avec lequel sont traités les détails; soit pour la description plus exacte des lésions anatomiques. On sait que depuis longtemps M. Gendrin s'est voué aux recherches d'anatomie pathologique, aussi trouve-t-on à chaque pas dans cet ouvrage les preuves d'une grande connaissance de cette partie de la science.

Traité théorique et pratique des maladies des femmes, par F. Imbert, tome I[er], contenant *les névroses génitales, encéphaliques, les affections des ovaires et des trompes, et les maladies de la grossesse*; chez Germer-Baillière, 1839.

« Le livre que je publie aujourd'hui, nous dit l'auteur dans sa préface, est *destiné* à deux buts différents; le premier est de décrire aussi fidèlement que possible les maladies des femmes, et de faire connaître ce que la pratique m'a appris à ce sujet; le second est d'appliquer à l'histoire de ces maladies une théorie dont j'ai exposé les idées fondamentales dans le PRODROME que j'ai publié l'année dernière. »

Si nous connaissons un peu le cœur humain en général et celui des théoriciens en particulier, c'est par modestie que M. Imbert a mis sa théorie après sa pratique. Soyez-en sûr, la première *destination* de son ouvrage est pour le but qu'il place le dernier, car la théorie, voyez-vous, la théorie a encore le don d'enivrer quelques têtes ambitieuses, au nombre desquelles il faut compter celle de l'auteur. Oui, il est encore des gens qui regrettent le temps où le docteur endossait son hermine et montait gravement en chaire, non pas pour exposer ses recherches sur les lois de la nature, mais pour dicter des lois à la nature; le temps où le savant, s'enfermant dans son cabinet, méditait profondément, cherchant à deviner ce qui doit être, plutôt que d'aller étudier les faits pour apprendre ce qui est, et bâtissait un système dont il venait ensuite exposer les merveilles à

ses auditeurs ébahis. L'heureux temps, en effet, pour certaines imaginations faciles, que celui où l'on acquérait los et renom pour avoir forgé un assemblage de chimères, plus ou moins liées entre elles et réunies en corps de doctrine. Aujourd'hui hélas! on veut, comme le dit pathétiquement l'auteur, des faits et toujours des faits; fâcheuse exigence! car si la science y a gagné, il faut convenir que les théoriciens de profession y ont singulièrement perdu.

Ce serait un moyen certain de récréer agréablement le lecteur, que lui donner un compte rendu un peu circonstancié des prolégomènes qui sont à la tête de cet ouvrage; mais si nous donnions à cette analyse toute l'étendue qu'elle mériterait, eu égard aux vastes idées philosophiques de M. Imbert, nous dépasserions les bornes de cet article. C'est donc avec regret que nous allons nous renfermer dans l'examen de quelques unes de ces propositions dont l'application doit changer la face de la science. Cette dernière opinion n'est pas de nous, qu'on le sache bien, elle appartient tout entière à l'auteur qui s'écrie, dans son enthousiasme :

« Jeunes gens, dont l'ame ardente aspire à de glorieuses conquêtes, » et dont la noble ambition souffre embarrassée dans les liens des » opinions reçues et des systèmes vieillis, venez à moi. Voici venir » une nouvelle science, de nouveaux travaux à entreprendre, de » nouvelles palmes à cueillir. Venez, le seul honneur que je réclame » est de vous montrer la route et de vous servir de guide. »

Nous qui ne nous sentons ni la force ni le courage d'entrer dans la nouvelle carrière ouverte par l'auteur, nous nous contenterons d'y jeter un coup d'œil de loin, et en nous arrêtant à la barrière, c'est à dire aux prolégomènes. « 1° Nous trouvons que tous les phénomènes de la vie animale se rapportent, en dernière analyse, au système nerveux; d'où il faut conclure que les maladies n'étant que des phénomènes de la vie animale, ne peuvent être autre chose que des affections du système nerveux; d'où encore il résulte que toute substance capable de modifier nos organes d'une manière quelconque agit primitivement sur le système nerveux. » Le système nerveux est, comme on le voit, l'alpha et l'oméga de notre auteur; à la vérité, il est forcé d'avouer que dans cette influence des agents modificateurs sur l'économie animale, il ne faut pas comprendre l'action physique et chimique des corps, ce qui mettrait tout autre que lui dans l'embarras; mais il ne s'en inquiète guère, et il ne laisse pas de poursuivre les conséquences de sa proposition, comme si elle était d'une application générale et si elle ne souffrait pas d'exception.

De conséquence en conséquence, il arrive aux propositions suivantes, qui seront, n'en doutons pas, appréciées par les praticiens. Lorsque la portion encéphalique de l'appareil cérébro-spinal est affectée primitivement ou secondairement, la douleur est : *dans les tempes*, pour les maladies de *la poitrine ; au devant de l'oreille*, pour celles de *l'abdomen ; à la nuque*, pour les maladies des *organes reproducteurs*. Ne nous étonnons donc pas si M. Imbert a proclamé si haut ses découvertes ; celles-là du moins ont le mérite de l'originalité, car nous ne connaissons pas de clinicien qui se fût encore douté d'un pareil résultat.

Fidèle à son système, M. Imbert fait découler de ces considérations transcendantes, un traitement à lui particulier. « Traiter, s'écrie-t-» il, traiter l'estomac dans la gastrite, les poumons dans la pneu-» monie, c'est imiter l'horloger qui s'obstinerait à réparer les ai-» guilles d'une montre, quand elles ne marqueraient pas l'heure » avec précision. » M. Imbert est plus habile, il va tout droit au grand ressort, et au lieu de s'arrêter aux aiguilles qui retiennent les praticiens vulgaires, il applique ses remèdes, *au devant de l'oreille*, s'il s'agit d'une gastrite, et *dans les tempes*, s'il s'agit d'une pneumonie. Quant au nombre des succès qu'il a obtenus par cette méthode, vous ne le connaîtrez jamais, car M. Imbert a un profond mépris pour tout ce qui est l'expression pure et simple des faits ; si vous n'êtes pas illuminés par les rayons purs de sa théorie, restez dans les ténèbres, car vous n'êtes pas dignes d'en sortir. Mais si vous avez su comprendre cette merveilleuse théorie, vous verrez avec un véritable ravissement la science médicale se simplifier à l'excès. Tout, en effet, se réduit aux deux propositions suivantes. « 1° Un » malade étant donné, déterminer l'organe de l'axe cérébro-spinal » qui est affecté, l'espèce et la variété de son affection ; 2° trouver » parmi les médicaments qui agissent sur cet organe, celui qui » s'applique le mieux à l'espèce et à la variété du mal. » (P. 18.)

Il est clair après cela qu'il nous importe fort peu de connaître l'état de l'intestin, des poumons, du cœur ; nous n'avons même pas besoin de savoir s'il existe un intestin, des poumons, un cœur. Mais vous demanderez peut-être pourquoi l'auteur attache tant d'importance à l'axe cérébro-spinal et si peu aux autres organes ? Pourquoi ? C'est qu'il est phrénologiste et ardent phrénologiste ! Ah ! vous comprenez maintenant ; ce mot là dit tout.

Nous avons, à dessein, fait connaître les idées théoriques de l'auteur, parce qu'elles nous dispensent d'entrer dans l'analyse de son ouvrage. Celui-ci n'a été, en effet, composé que pour faire valoir

celles-là, ce qui est une faible recommandation auprès du praticien. Quel fruit retireraient nos lecteurs d'une analyse dans laquelle ils trouveraient pour toute nouveauté, que l'hystérie est une mélancolie cérébelleuse ou d'autres découvertes de cette force? Quant à l'auteur, il n'a pas à se plaindre, c'est à sa théorie qu'il tient principalement; c'est sa théorie qui a fixé notre attention.

Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes, et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, etc., avec un atlas in-folio; par P. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, t. Ier. Paris, 1839, un fort volume in-8, chez J. B. Baillière.

Le premier volume de cet ouvrage ayant seul paru, et notre intention étant de consacrer plus tard un article aux maladies des reins et spécialement à l'albuminurie, nous ne ferons aujourd'hui qu'indiquer sommairement les matières contenues dans ce premier volume.

Dans des prolégomènes d'une étendue considérable, M. Rayer a d'abord donné quelques considérations anatomiques sur les reins, où l'on trouve le résultat de ses recherches sur le poids de ces organes aux différents âges. En se bornant à présenter des tableaux sans résumé, M. Rayer a laissé à faire au lecteur un travail qu'il lui eût été très facile de lui épargner. Il n'a donné aucune moyenne. La couleur, l'épaisseur, la consistance des reins, donnent lieu ensuite à des considérations importantes, mais qu'il serait trop long d'indiquer ici. Il en est de même des altérations cadavériques.

Après avoir dit un mot des maladies des reins en général, l'auteur traite en grand détail des altérations de l'urine. Ses recherches ont été tellement multipliées dans ces dernières années qu'il a pu examiner l'urine dans les états morbides les plus variés. Cet examen a été toujours fait avec grand soin et à l'aide de tous les moyens que la physique et la chimie mettaient à la disposition de l'auteur, en sorte que nous serons à même, quand le moment sera venu, de juger, par les résultats, de l'utilité de semblables recherches. Toutes les altérations de l'urine par la présence de corps étrangers, tels que le pus, l'albumine, le sang, le lait, etc., sont traitées dans autant d'articles séparés. Enfin M. Rayer a terminé ces prolégomènes par un article des plus importants qui a pour objet de constater les rapports des altérations de l'urine avec celles du sang.

Voulant faire un traité complet sur les maladies des reins, M. Rayer a abordé même des questions chirurgicales, car il commence son ouvrage par la description des plaies des reins, soit par instrument tranchant, soit par armes à feu, et a soin de décrire la commotion, la contusion et la déchirure de ces organes. Nous ne voyons pas quel avantage il y a à sortir ainsi du cercle de ses études, et cela uniquement pour traiter une question d'une manière plus complète. On pense bien que c'est avec des faits pour la plupart étrangers que M. Rayer a fait ces articles. Il eût peut-être mieux valu les passer sous silence.

Le reste de ce volume est consacré à l'histoire de la néphrite simple, aiguë et chronique. M. Rayer a cru devoir distinguer la néphrite proprement dite, c'est à dire l'inflammation des substances corticale et tubuleuse des reins, de l'inflammation des autres parties de ces organes, tels que le bassinet et les membranes enveloppantes. Voici quels sont les motifs de M. Rayer : « Jusqu'à ce jour, dit-il, on avait généralement réuni et confondu sous le nom de *néphrite*, toutes inflammations des divers tissus qui entrent dans l'organisation des reins, celles des substances proprement dites, celles de leurs membranes, de leurs vaisseaux et des conduits excréteurs de l'urine.

» D'un autre côté des observations récentes ont mis en lumière de nouvelles espèces de l'inflammation des reins, trop distinctes par leur nature, quoiqu'elles aient un même siége, pour être réunies dans une seule description.

» Cette double circonstance m'a déterminé à établir des divisions sans lesquelles il m'eût été impossible de caractériser les élements variés d'un groupe pathologique aussi compliqué ; d'exposer le diagnostic différentiel des diverses lésions dont il est composé ; et conséquemment d'indiquer les règles thérapeutiques applicables à chacune d'elles et à leurs diverses périodes. De la sorte, non seulement j'ai été conduit à diviser les inflammations rénales d'après leur siége, mais encore à distinguer, dans ces groupes anatomiques, de nombreuses espèces, soit d'après la nature des causes qui les produisent, soit d'après la nature particulière de la maladie.

» 1er GROUPE. *Néphrite*, ou inflammation des substances corticales ou tubuleuse des reins.

» Ce groupe comprend 1° la néphrite simple ; 2° la néphrite par poisons morbides; 3° la néphrite arthritique (néph. goutteuse, néph. rhumatismale) ; 4° la néphrite albumineuse.

» 2e GROUPE. *Pyélite*, ou inflammation du bassinet et des calices. Les principales espèces de ce groupe sont 1° la pyélite simple

2° la pyélite blennorrhagique ; 3° la pyélite calculeuse ; 4° la pyélite vermineuse.

» 3ᵉ Groupe. *Périnéphrite*, ou inflammation des membranes celluleuse et fibreuse extérieures des reins, ou du tissu cellulaire qui les enveloppe.

» Non seulement les inflammations réunies dans ces trois groupes sont distinctes par leur siége, mais encore elles ont des caractères anatomiques propres, et toutes offrent pendant la vie des symptômes particuliers. Toutefois, de même que la bronchite, la pneumonie et la pleurésie sont quelquefois réunies, de même aussi il n'est pas rare d'obtenir à la fois, dans un même rein, l'inflammation du bassinet et celles des deux substances du rein et de ses membranes, ou la *Pyélo-néphrite*.

» La phlébite rénale, le plus souvent consécutive à l'inflammation de la veine-cave ou de la veine ovarique, sera décrite avec les autres maladies des vaisseaux des reins. »

Tel est le cadre dans lequel M. Rayer se propose de faire entrer les différentes espèces d'inflammations des reins. On voit qu'il est vaste, et si on y joint les affections d'une autre nature dont ces organes peuvent être le siége, on aura le plan d'un ouvrage considérable ; car, ainsi que nous l'avons dit, il n'a encore été question dans ce premier volume que de la néphrite simple, c'est à dire de la première espèce du premier groupe.

Traité de l'affection calculeuse, ou recherches sur la conformation, les caractères physiques et chimiques, les causes, les signes et les effets pathologiques de la pierre et de la gravelle, suivies d'un essai de statistique sur cette maladie ; avec 5 planches ; par le docteur Civiale. Paris, 1838, in-8°. chez Crochard et comp.

Le Traité de l'affection calculeuse de M. Civiale se distingue des autres livres écrits sur le même sujet, par une érudition étendue et par plusieurs aperçus nouveaux. Il se compose, ainsi que son titre l'indique, de plusieurs chapitres, dans chacun desquels l'auteur étudie à part la formation des calculs, leurs caractères physiques et chimiques, etc... Nous allons le suivre dans ces diverses parties de son ouvrage.

Le premier chapitre traite de la composition des concrétions urinaires. M. Civiale n'attache qu'une importance secondaire à l'ana-

lyse des calculs, travail qui a perdu pour le praticien une grande partie de son intérêt depuis la découverte de la lithotritie et pour lequel il renvoie aux ouvrages spéciaux. Il présente cependant l'état de la science d'après les analyses des chimistes modernes, et fait connaître les substances les plus communes qui entrent dans la composition des concrétions urinaires, dont le nombre s'élève à dix-huit.

Quant à la fréquence relative de chaque substance, que l'on a voulu déduire du résultat d'un très grand nombre d'analyses, l'auteur fait remarquer que ce travail, tout important qu'il est, a jusqu'ici donné des résultats frappés d'inexactitude. D'abord les travaux n'ont point été faits sur les mêmes bases; ensuite la plupart des analyses ont porté sur les poudres obtenues soit en raclant le calcul, ce qui n'a fait connaître que son écorce, soit en le sciant, ce qui peut laisser en dehors du trait des noyaux excentriques qui échappent à l'analyse.

Dans le second chapitre, il est question des différentes formes qu'affecte la matière calculeuse. Il y en a deux principales, la cristalline, l'irrégulière. La forme cristalline renferme : 1° l'acide urique, quelques sels et l'oxyde cystique. L'acide urique se rencontre sous forme de paillettes brillantes dans le parenchysme même du rein et dans toute l'étendue des voies urinaires. Il se dépose sous cette forme dans le vase qui reçoit les urines. Les cristaux sont parfois excessivement nombreux et petits. Un malade de M. Civiale a eu la patience de compter, à l'aide d'une loupe, ceux qu'il avait rendus dans une nuit. Le nombre s'élevait à douze cents.

La forme irrégulière présente des concrétions qui sont de deux sortes : solides ou molles, et même diffluentes. Après avoir décrit en détail les substances solides pulvérulentes ou en masses qui n'ont pas de forme déterminée, l'auteur présente une histoire très curieuse des substances molles ou liquides qui, sans être des calculs urinaires proprement dits, sont néanmoins de la matière calculeuse; se reconnaissent difficilement avec la sonde, se coagulent rapidement à l'air et se changent en un magma informe, incrustent comme d'un mortier le périnée, les fesses, les linges de pansement, se solidifient sur les sondes ou canules laissées à demeure, et quelquefois même sur les parois des plaies, de telle sorte que, selon l'expression pittoresque de Ledran, en introduisant la sonde pour faire des injections il semblait que l'on passât dans un aqueduc de pierres de taille.

Il est à remarquer que dans le cas où l'on a eu occasion de faire l'examen des organes urinaires, on n'a rencontré aucune altération

qui pût rendre compte des modifications observées dans les qualités de l'urine.

La texture des concrétions urinaires fait le sujet du troisième chapitre. Par texture l'auteur entend le mode d'arrangement des éléments d'un calcul. La matière lithique peut se rassembler en masses d'un certain volume de trois façons principales. Tantôt les molécules salines, à demi liquéfiées, forment une sorte de gelée épaisse dont la condensation produit soit une masse uniforme, soit des globules distincts, soit enfin une simple poudre plus ou moins cohérente, suivant l'abondance de la matière animale glutineuse qui s'y trouve associée; tantôt l'agglutination de dépôts pulvérulents se fait à l'aide d'un gluten fourni soit par les matières animales que l'urine tient en dissolution, soit par la mucosité que sécrète la membrane qui tapisse les voies urinaires; tantôt enfin il s'opère une véritable cristallisation, analogue à celle qui se passe dans tout autre liquide; les cristaux s'accolent par l'effet d'une attraction réciproque, et la matière animale, loin d'être nécessaire à leur formation, ne fait que la troubler et la rendre confuse.

De quelque façon que s'opère le dépôt, il en résulte une masse qui forme le centre du calcul et sur laquelle se déposent bientôt de nouvelles couches qui en constituent l'écorce. M. Civiale décrit avec soin le mécanisme de ce dépôt, d'où peuvent résulter deux formes principales qui se rencontrent isolées ou réunies sur un même calcul. Si l'addition se fait par gouttelettes distinctes le calcul est granuleux; il est lamelleux au contraire si les dépôts s'étendent d'une manière uniforme à la surface du noyau préexistant. Ces couches sont tantôt homogènes, tantôt hétérogènes. Des exemples curieux de calculs composés de plusieurs couches différentes sont rapportés d'après Brugnatelli, Prout, Baruel, etc.

L'étude de ces couches conduit l'auteur à rechercher l'influence des boissons alcalines sur les plus superficielles; il pense, contrairement à l'opinion de M. Petit, que ces boissons, loin d'amener la dissolution du calcul, doivent au contraire accroître le volume des concrétions urinaires, en rendant plus facile la précipitation de l'urate de soude qui résulte de la réaction de l'alcali sur l'urine elle-même.

Après avoir étudié l'écorce des calculs, M. C. s'occupe de la partie centrale et passe en revue les cas où il n'existe au centre qu'un peu de matière animale ou une cavité entièrement vide, ou de la matière lithique entièrement distincte des parties extérieures; il indique la place du noyau soit au centre, soit, ce qui est plus rare, vers les ex-

trémités ; le nombre ordinairement unique quelquefois double des noyaux. On trouve ensuite une série très étendue d'observations dans lesquelles des corps venus du dehors ont servi de noyau à des calculs.

Le chapitre IV est consacré à l'étude des caractères physiques des calculs; le poids et le volume des concrétions urinaires, leur nombre, leur configuration, leur consistance, leur couleur, leur odeur, et enfin leur saveur, sont décrits dans autant d'articles séparés. Ces qualités physiques des calculs variant selon la partie des voies urinaires où ils se rencontrent, l'auteur les a étudiées successivement dans les reins, les uretères, la vessie, la prostate et l'urèthre. Je me borne, ici, à cette simple indication, car les matières de ce chapitre sont généralement bien connues, et je me hâte d'arriver aux parties les plus importantes de l'ouvrage, qui comprennent l'histoire pathologique de l'affection calculeuse.

Le chapitre V traite des lésions organiques occasionnées par l'affection calculeuse. Quelle que soit leur gravité et de quelque importance qu'il soit d'en établir le diagnostic, M. C. fait d'abord remarquer qu'on a beaucoup de peine à les distinguer de celles qu'entraîne la plupart des maladies des voies urinaires. Il étudie ensuite ces lésions dans les reins, les uretères, la vessie, etc. Parmi celles de la vessie nous avons remarqué avec intérêt des considérations sur la dilatation pour ainsi dire passive de ce réservoir, avec ou sans hypertrophie de ses parois qui sont frappées d'une paralysie plus ou moins complète.

Quant à l'hypertrophie, M. C. fait observer que cette altération porte presque exclusivement sur la tunique charnue : c'est d'après Wilson seulement, et ses propres recherches qu'il avance cette opinion. Je pense que M. C., qui partout dans son livre se plaît à citer les travaux des auteurs soit anciens, soit contemporains, n'a pas eu connaissance du travail que mon frère a publié sur ce sujet dans sa dissertation inaugurale.

L'altération connue sous le nom de vessie à cellules, fournit à M. C. l'occasion de rapporter deux observations fort importantes d'individus atteints de calculs urinaires chez lesquels la présence des cellules a pu être reconnue pendant la vie. Les instruments de lithotritie promenés dans la vessie la parcouraient sans rien rencontrer, et dans une séance suivante ils faisaient constater l'existence de plusieurs calculs. L'un des malades fut taillé par Dupuytren. L'autopsie fit reconnaître une pierre dans une cellule qui avait échappé à toutes les recherches faites pendant l'opération. M. Civiale

saisit cette occasion pour faire remarquer que c'est dans des cas de vessies à cellules que l'on a pu croire à la guérison des calculs par les lithontriptiques, et dans une note il lance une attaque directe contre M. Petit qui préconise de nouveau les bicarbonates alcalins pour guérir la pierre. Nous pensons avec l'auteur que la disposition anatomique qu'il signale doit entraîner des erreurs de diagnostic; mais ces erreurs peuvent être commises quel que soit le traitement auquel on ait recours. Quant à ce qui concerne M. Petit et les eaux de Vichy en particulier, nous ne voyons dans le débat scientifique soulevé de nouveau par ce médecin, débat dans lequel l'Académie va être appelée à porter un jugement, nous ne voyons rien qui légitime la sévérité de M. Civiale.

Parmi les points importants que présente l'étude des lésions organiques produites par l'affection calculeuse, nous recommandons surtout à l'attention des lecteurs, le paragraphe consacré à la description des lésions de l'urèthre. A l'aide d'une grande expérience et d'une érudition bien choisi, M. Civiale a fait le tableau le plus complet que nous connaissions des désordres qui résultent de la présence et du développement des calculs urinaires dans l'urèthre.

Chapitre VI : *Du diagnostic de l'affection calculeuse.* L'auteur établit par un grand nombre de faits, qu'il n'y a rien de plus vague, de plus incertain, de moins constant que les signes de la présence des calculs urinaires dans le rein et les urétères; il en est de même du diagnostic des altérations qui coexistent fréquemment avec les calculs. Souvent même, aucun trouble fonctionnel n'a suivi le développement de ces altérations. C'est à leur préexistence que M. C. attribue la mort qui suit un bon nombre d'opérations de taille ou de lithotritie. Cette opinion me paraît incontestable en ce qui touche les kystes, les calculs, les suppurations anciennes, etc. des reins; mais elle me semble moins bien établie à l'égard de l'inflammation et de la suppuration diffuse des glandes urinaires. Je crois que de pareils désordres sont toujours le résultat d'une maladie récente. Dans les cas où on les rencontre les malades ont présenté, dans les jours qui précèdent la mort, un ensemble de symptômes que l'on doit rapporter à l'affection dont les reins sont le siége. Frissons, fièvre, agitation, délire, prostration, etc., tous les calculeux sont malheureusement disposés à être atteint de cette néphrite souvent mortelle. Le contact prolongé d'un calcul dans la vessie, les explorations de ce viscère et à plus forte raison les manœuvres de la lithotritie en deviennent la cause déterminante. C'est à cette inflammation que succombent le plus grand nombre des lithotritiés.

L'exposé des symptômes des calculs vésicaux et des moyens de diagnostic renferme plusieurs idées neuves et des points de vue importants. Au lieu de grouper les symptômes en un seul tableau, M. C. étudie chacun d'eux en détail; il montre l'influence qu'exerce sur leur production deux états bien différents de la vessie, son hypertrophie et son atrophie; il prouve, par un grand nombre d'observations, combien sont variables les effets qui résultent de la présence des calculs dans la vessie; il en résulte que beaucoup de malades se persuadent que les souffrances qu'ils éprouvent tiennent à toute autre cause qu'à un calcul urinaire. Cette erreur est d'autant plus facile qu'un grand nombre de personnes, par crainte, sans doute, d'opérations chirurgicales, essayent de se persuader à elles-mêmes et de faire croire aux autres qu'elles n'ont pas la pierre. Si une première exploration avec la sonde ordinaire ne fait rien découvrir il n'en faut pas davantage pour que les malades s'abandonnent à une dangereuse sécurité. A l'appui de ces idées, M. C. cite l'exemple de Distel, chirurgien de Charles X. A l'âge de 70 ans, il éprouva des accidents qui firent soupçonner la présence d'un calcul vésical. Le cathétérisme n'apprit rien; Distel garda le repos, usa de quelques calmants : mais les accidents redoublèrent et deux ans après la première exploration, M. C. reconnut la présence de calculs volumineux. Malheureusement, il était trop tard, et le malade, sans avoir été opéré, ne tarda pas à succomber au milieu d'atroces douleurs.

L'espace nous manque pour entrer dans de plus longs détails sur ce chapitre intéressant, et nous arrivons aux derniers qui renferment les causes et les recherches statistiques sur l'affection calculeuse. A propos des causes, M. C. recherche l'influence du régime alimentaire, et il établit, contrairement à ce que l'on pense généralement, que ni les aliments ni les boissons n'exercent d'action évidente sur la production des calculs. Les preuves qu'il en donne sont tirées 1° de la contradiction qui existent entre les assertions des auteurs de différents pays; 2° de la médecine vétérinaire; 3° de certaines analyses qui montrent des variations dans la proportion de l'acide urique indépendants d'aliments azotés, etc. D'après l'auteur, aucune des explications présentées jusqu'à ce jour n'est satisfaisante, et l'on doit s'en tenir à ce que l'observation a appris relativement à la production de certains calculs dans telle circonstance donnée : ainsi, un corps étranger venu du dehors se recouvre des couches phosphatiques; une affection catarrhale de la vessie survient chez une personne qui depuis longtemps rend un sable rouge avec les urines : ces graviers

disparaissent et il se forme une pierre vésicale ayant un noyau d'acide urique revêtu d'une couche phosphatique, etc.

Quant au dernier chapitre, le plus riche et le plus original de tous, il renferme un nombre considérable de recherches de statistique, avec des tableaux à l'appui, dans le but d'éclaircir plusieurs des points encore obscurs ou contestés de l'histoire des calculs. Ces recherches s'appliquent 1° au rapport entre le nombre des calculeux et la population; 2° à l'influence des climats sur la production de la maladie calculeuse; 3° à l'influence de l'âge; 4° des professions; 5° de l'hérédité; 6° à la proportion de la mortalité après la cystotomie et la lithotritie; 7° et enfin à la reproduction de l'affection calculeuse. Les documents à l'aide desquels ont été dressés les tableaux statistiques ont été fournis à M. C. par les hôpitaux de la France et des pays étrangers; d'après une circulaire que, sur la demande de M. C., les ministres de l'intérieur et des affaires étrangères adressèrent aux directeurs et aux médecins de ces établissements. C'est sur un nombre de 5,900 calculeux que l'auteur a opéré. Plusieurs des résultats auxquels il est arrivé contrarient un peu certaines opinions assez généralement admises en ce qui touche l'influence des climats, de l'âge, etc., sur la production des calculs.

L'on devait s'attendre à la conclusion du chapitre où est discutée la proportion de la mortalité après la taille et la lithotritie; mais ou je crains de n'avoir pas bien compris l'auteur, ou je pense qu'il a commis quelque erreur lorsqu'il a annoncé que sur 306 malades soumis à la lithotritie il n'y a eu que 7 décès. Quand même la nouvelle méthode choisirait tous ses malades (ce qu'à mon gré elle aurait raison de faire) je doute qu'elle parvienne à en sauver 42 sur 43.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer, tout imparfaits qu'ils sont, suffisent pour donner une idée de l'importance de l'ouvrage de M. Civiale.

Eléments de matière médicale et de pharmacie, etc., etc., par A. Bouchardat, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc. Paris, 1839, in-8° de 715 pages. Chez Germer Baillière.

Jusqu'à présent la classification des médicaments d'après leur mode d'action, avait été adoptée presque généralement. Les vices de cet arrangement sont néanmoins manifestes : et d'abord avons-nous une connaissance bien positive des divers agents de la matière mé-

dicale ? puis, les propriétés du même médicament ne varient-elles pas suivant la dose à laquelle on les administre ? Le tartre stibié, pour ne citer qu'un exemple, n'a-t-il pas une action tantôt purgative, tantôt vomitive, tantôt spécifique, etc. ?

Frappé de ces inconvénients, M. Bouchardat, dans l'ouvrage qu'il vient de publier, a cherché à y remédier. Pour savoir à quoi s'en tenir sur l'action des médicaments, et pour les appliquer et les associer convenablement, il faut être bien éclairé sur leur véritable nature ; et c'est seulement par des connaissances positives, empruntées à l'histoire naturelle, à la physique et à la chimie, qu'on peut parvenir à connaître d'une manière complète les agents dont le médecin dispose pour guérir ou soulager les malades. Pénétré de ces principes, M. Bouchardat a classé les médicaments d'après leur composition chimique, et il a donné ainsi à l'élève un guide assuré pour choisir le mode d'administration le plus convenable dans une circonstance donnée, pour prévoir toutes les réactions qui peuvent résulter ou du traitement des substances simples par divers dissolvants, ou de leur association : il a établi sur des bases rationnelles l'art de formuler. En réunissant les produits fournis à la médecine par les végétaux par familles naturelles, et en donnant les caractères de ces familles et des considérations générales étendues sur la composition et les propriétés des produits utiles qu'elles renferment, il a singulièrement facilité leur étude

Voici du reste la marche que suit M. Bouchardat : dans la description de chaque substance médicamenteuse en particulier, il donne, 1° une synonymie comprenant ses noms vulgaires, ses noms pharmaceutiques et ses noms scientiques ; 2° lorsque c'est une substance végétale ou animale, ses caractères botaniques ou zoologique, ou ceux de la plante ou de l'animal qui nous la fournissent ; 3° les précautions employées pour la récolter et la conserver ; 4° ses propriétés physiques, c'est à dire la description de l'état dans lequel le commerce nous l'apporte ; 5° sa composition chimique, et là, il ne se borne point à une simple énumération des principes qui la composent, mais il fait connaître en détail la nature de ces principes ; c'est la seule manière vraiment philosophique de se rendre compte des phénomènes qui se passent dans les diverses préparations qu'on lui fait subir, et de montrer les médicaments avec lesquels on ne doit jamais l'unir dans une préparation pharmaceutique ; 6° il fait connaître ensuite brièvement son mode d'action sur l'économie, et distingue avec soin pour les médicaments importants leur action physiologique et leurs usages thérapeutiques ; 7° il passe en revue

les préparations les plus usitées dont chaque substance médicamenteuse est la base, discutant pour l'ordinaire les divers procédés et les formes pharmaceutiques préférables pour des circonstances déterminées, faisant en un mot une application raisonnée des principes exposés dans les sections consacrées à la composition chimique et aux propriétés médicales.

Par ce simple exposé de la méthode adoptée par M. Bouchardat, on voit qu'il a su, dans un ouvrage élémentaire, réunir ce qui est essentiel aux élèves en médecine et en pharmacie pour la connaissance des médicaments.

Çà et là quelques erreurs faciles à rectifier, ou qui lui sont communes avec les auteurs du nouveau *Codex*, certaines lacunes à combler, des omissions à réparer et quelques retranchements à opérer, seront pour M. Bouchardat, nous n'en pouvons douter, le fait d'une seconde édition, que le prompt débit de la première rendra bientôt indispensable.

Physiologisch-pathologisch Untersuchangen über Eiter, Eiterung und die damit verwandten Vorgœnge. — Recherches physiologiques et pathologiques sur le pus, la suppuration et les phénomènes qui s'y rapportent; par le docteur Julius VOGEL; précédé d'une introduction par Rodolphe WAGNER; avec une planche gravée sur cuivre. Erlangen, 1838; in-8. XX — 238 p.

Les travaux nombreux qui ont été entrepris dans ces derniers temps sur la formation et sur la composition du pus, ont déterminé l'auteur à publier cette monographie dans laquelle il expose l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, en y joignant les résultats de ses propres observations. Le savant professeur Nasse venant de donner, dans les *Archives de Schmidt* (2e cachier 1839), une longue analyse de cet ouvrage, nous pensons ne pouvoir mieux faire que d'en reproduire les points les plus importants.

Les mesures microscopiques des globules du pus données par l'auteur s'accordent avec celles trouvées par Nasse. Tous les deux ont eu souvent l'occasion d'observer que, chez certains individus, les dimensions des globules sont plus faibles que chez d'autres; Nasse trouva, entre autres, dans un panaris où le pus avait été fortement comprimé, des globules complets mais beaucoup plus petits qu'à l'ordinaire. L'auteur paraît ne pas regarder comme un véritable pus celui dont les globules sont au dessous de 1/300e de ligne : cela pourrait être vrai, cependant on rencontre quelquefois au milieu de ces globules des globules de 1/400e de ligne et au dessous.

Güterbock est le premier qui ait indiqué la manière de rendre visible, à l'aide de l'acide acétique, le noyau des globules du pus. L'auteur, avant la publication du travail de Güterbock, avait déjà

fait la même observation ; Nasse aussi avait aperçu ce noyau par la dessiccation, ce ne fut que plus tard qu'il eut recours à l'acide acétique. Quelquefois le seul mélange du pus avec de l'eau suffit pour faire distinguer les noyaux. L'auteur a trouvé que ces derniers sont en forme de coupe ; il leur donne un diamètre de 1/600 à 1/400 de ligne ; il évalue à 1/500e — 1/2700e les granulations qu'on aperçoit à la surface des globules. Nasse trouva ces deux estimations trop faibles.

Relativement aux réactions chimiques du pus frais, l'auteur l'a généralement trouvé neutre; mais il croit qu'il n'existe à cet égard aucune règle déterminée, et que le pus d'une même plaie peut offrir une réaction tantôt alcaline, tantôt acide, tantôt neutre. Nasse fait ici observer avec raison que toute espèce de pus, quand il est quelque temps exposé à l'air, devient acide, parce qu'il se développe de l'acide lactique ou acétique. M. Vogel a trouvé, comme M. Donné, le pus blennorrhagique principalement alcalin. — L'auteur passe à l'examen des propriétés chimiques des globules purulents. L'eau les ramollit ; l'urine, la salive, le mucus, le sang, ne leur font subir aucun changement. Il en est de même de l'éther et de l'alcool. Ils sont dissous par les acides minéraux concentrés et par les alcalis caustiques; ils sont de nouveau précipités par l'eau. — Il est très difficile de séparer le sérum des globules ; on n'y parvient guère qu'en aspirant ce sérum avec une pipette; le filtrage ne conduit à aucun résultat. Ce sérum se comporte, à l'égard des réactifs, comme le sérum du sang, avec cette différence que l'acide acétique y produit des flocons qui disparaissent de nouveau par un excès d'acide (présence du caséum). Il n'est pas coagulable par le sel ammoniac ni par l'acide nitrique concentré, du moins dans la plupart des cas.

L'auteur donne ensuite les diverses analyses qui ont été faites du pus, particulièrement celles de Pearson, de Koch, de Güterbock, de Wood, de Martins (d'Erlangen). M. V. conclut des diverses analyses chimiques et microscopiques : 1° que le pus renferme des globules composés de deux substances différentes, l'enveloppe et le noyau, et dont les propriétés chimiques ont la plus grande analogie avec la fibrine et l'albumine coagulée : ces globules contiennent de plus un peu de phosphate de chaux et de silice ; 2° que le sérum est composé d'eau, de graisse, d'osmazome, d'albumine à l'état de dissolution, et de sels formés par les acides et les bases salifiables qui suivent : acides phosphorique, hydrochlorique, lactique, combinés avec la chaux, la potasse, la soude, l'ammoniaque ; quelquefois les acides sulfurique ou acétique, ou d'autres acides organiques. Il n'a pu y découvrir, non plus que Martins, aucune trace de fer.

M. V. donne trois signes caractéristiques propres à faire distinguer les globules du pus des globules sanguins : 1° la grosseur des globules ; 2° la présence simultanée de corpuscules sanguins, en partie modifiés ou qui n'ont encore éprouvé aucun changement ; 3° l'action de l'acide acétique, qui ne fait apercevoir aucun noyau dans les globules sanguins. A ces caractères, Nasse ajoute ceux de la couleur, les corpuscules sanguins étant plus foncés que ceux du pus. Les globules de la lymphe et du chyle sont plus petits que ceux du pus, plus tendres, plus transparents, et renferment un seul noyau, de

1/500ᵉ à 1/700ᵉ de ligne, toujours lenticulaire et toujours recouvert de granulations plus petites. Le professeur Nasse fait observer, relativement à ces signes différentiels, qu'il a vu beaucoup de globules de pus ne renfermer qu'un seul noyau dont la forme en coupe n'était pas toujours très apparente; tandis qu'il a trouvé très souvent des globules de lymphe contenant plusieurs noyaux plus petits.

La partie qui traite du mucus est riche en observations particulières. L'auteur étudie avec soin les moyens les plus propres à distinguer le pus du mucus. Outre l'aspect des deux liquides et la manière dont l'un et l'autre se comportent quand on les agite avec de l'eau, l'auteur regarde comme moyens de diagnostic les plus sûrs: l'action de l'acide acétique (procédé de Brett), celle des alcalis caustiques et l'emploi du microscope. Le pus forme avec l'acide acétique une émulsion qui laisse, au bout de quelque temps, précipiter les noyaux des globules sous la forme d'un sédiment jaunâtre; le mucus, au contraire, se coagule et perd ses propriétés. Les alcalis caustiques changent le pus en une masse gélatineuse; à la vérité, le mucus purulent éprouve les mêmes modifications, mais c'est parce que ce mucus contient en effet du véritable pus, ainsi que le démontrent les observations microscopiques. On distingue facilement et de suite des globules du pus, les grandes vésicules muqueuses de 1/80ᵉ à 1/90ᵉ de ligne de diamètre.

L'auteur fait suivre cet examen du pus de considérations pratiques intéressantes. La présence de globules purulentes dans le mucus annonce une irritation de la muqueuse, pourvu que ces globules soient en grand nombre, car on en trouve aussi, mais en petite quantité, dans le mucus normal, celui de la cavité buccale, par exemple (Nasse). Les vésicules muqueuses viennent-elles à manque , il existe depuis longtemps une irritation inflammatoire de la muqueuse. Si l'on rencontre des cellules d'épithélium, des corpuscules purulents ou des degrés intermédiaires entre ces deux états, disposés sans ordre et mélangés ensemble en quantités à peu près égales, c'est une preuve que l'irritation commence ou qu'elle est arrivée à sa fin.

Afin d'examiner s'il existe une différence entre la composition des tubercules et celle du pus, l'auteur commence par donner un résumé des analyses qui ont été faites jusqu'à présent de la matière tuberculeuse. Nous n'avons pas encore de moyens positifs de reconnaître la présence de cette matière dans le produit de l'expectoration : on avait dit (Preuss) que le pus coagule par la chaleur à la température de l'eau bouillante, et non par l'acide acétique, tandis que le contraire avait lieu pour la matière tuberculeuse; mais comme cette dernière substance est ordinairement mélangée à du mucus et particulièrement à du mucus puriforme, la méthode indiquée ne peut donner de résultats certains; l'observation de l'auteur, que la matière tuberculeuse se compose de granulations de 1/2000ᵉ de ligne de diamètre, a besoin, comme il le dit lui-même, d'être confirmée. Cependant, M. Nasse a fait la même observation que l'auteur. Chez les malades parvenus au dernier stade de la phthisie, il a toujours trouvé, outre les globules ordinaires du pus et les globules irréguliers produits dans les cavernes des tubercules, cette masse granuleuse sous

la forme d'une poussière fine, qu'il ne rencontrait pas dans les autres affections des poumons.

L'auteur passe ensuite à l'étude du pus anormal; il comprend sous le nom de pus le liquide de la teigne, et le mucus des catarrhes, parce qu'on y trouve également des globules de pus; la sanie, au contraire, ne fait plus partie du pus, puisqu'elle ne renferme plus de globules. L'auteur n'a jamais trouvé les cristaux que Gluge a observés et décrits; Nasse aussi n'a rencontré ces cristaux que dans de très rares exceptions. L'auteur n'a vu ni le *Colpoda cucullus* trouvé par Wagner dans la matière d'un cancer des lèvres, ni les *vorticelles* de Valentin. Dans deux cas il a trouvé des monades de 1/1000e à 1/800e de ligne. Il décrit une anomalie dans la forme des corpuscules purulents, anomalie qui n'a pas encore été signalée. Du pus renfermé dans divers tubercules cutanés contenait tantôt de petits grains très fins, tantôt une masse grenue, et, de plus, des corpuscules arrondis, opaques, granuleux, de 1/90e à 1/60e de ligne (provenant évidemment des follicules sébacés); il y avait aussi quelques globules purulents : lorsque ceux-ci prédominaient, on ne trouvait plus la matière pulvérulente, mais seulement les gros globules granuleux. Une autre observation a été faite sur un liquide blanchâtre provenant d'un fongus médullaire d'une glande : ce liquide se composait de petits grains très fins (que Nasse a toujours rencontrés dans les fongus ramollis), de globules purulents très mous et de corpuscules plus gros, ronds, analogues à ceux mentionnés plus haut.

Ce que l'auteur dit des différences que présente le pus dans diverses dyscrasies, est emprunté aux ouvrages de Walther et de Langenbeck; il a surtout profité, pour signaler ses diverses qualités suivant les parties du corps, d'une très bonne dissertation qui a paru à Würzbourg, en 1804, par Daucher.

La deuxième partie du travail du docteur Vogel traite de la suppuration. Il commence par décrire le mode de production du pus dans les divers tissus. Le pus des membranes muqueuses est celui dont la formation est la plus facile à étudier. La sécrétion des vésicules muqueuses (cellules de l'épithélium) passe, par une série de degrés intermédiaires, à la sécrétion purulente: les vésicules muqueuses deviennent plus petites, plus globuleuses, plus opaques; le noyau cesse de devenir aussi apparent, ou bien quelquefois on distingue plusieurs noyaux au lieu d'un seul. Une simple congestion suffit déjà pour provoquer la sécrétion des globules purulents.

Le travail de la suppuration est différent quand on l'observe sur la peau privée de l'épiderme ou à la surface des plaies. D'abord la sérosité sécrétée à la surface de la partie dénudée ne contient que de petits grains de 1/1000e à 1/800e de ligne de diamètre. Plus tard on aperçoit des corpuscules plus considérables, et enfin des globules purulents parfaits, tandis que les petits grains disparaissent.

Le mode de sécrétion du pus à la surface des séreuses et des membranes synoviales est emprunté à M. Gendrin, celui du pus des abcès circonscrits est tiré de Froriep.

Rien de saillant sur les conditions de la formation du pus, sur les

rapports de la suppuration avec l'inflammation, sur la suppuration chez les animaux.

L'auteur arrive à l'exposé de sa théorie de la formation du pus. Le pus se produit partout à la place des vésicules muqueuses sur une surface appropriée; c'est une sécrétion morbide, d'une nature particulière, dans laquelle on peut distinguer deux temps, la sécrétion du sérum et la sécrétion des corpuscules. Les globules purulents ne doivent pas être considérés comme une coagulation de quelque partie du sérum du pus, mais comme un produit de la surface dénudée elle-même. Le sérum provient du sang par voie d'endosmose. L'auteur appuie sa théorie sur ce que l'on peut voir le changement des vésicules muqueuses en globules purulents, et que souvent l'on trouve de véritables cellules d'épithélium (*epithelium zellen*) dans le produit de la sécrétion d'ulcères ou d'autres plaies suppurantes. Le professeur Nasse combat avec raison cette théorie qu'il regarde comme insuffisante.

Nous n'irons pas plus loin dans cette analyse de l'ouvrage du docteur Vogel : il traite encore plusieurs questions, entre autres celle de la résorption du pus; mais notre intention était moins de donner une idée complète de son livre, qu'un aperçu des recherches nouvelles qu'il renferme. C'est un ouvrage important, qui contient beaucoup de faits nouveaux et qui ne peut manquer de contribuer à éclairer la pathologie générale et la physiologie.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU QUATRIÈME VOLUME

DE LA 3e SÉRIE.

Imprimerie et Fonderie de F. LOCQUIN et Comp. rue Notre-D.-des-Victoires, 16.